REGIME LOCAL

Thèse présentée pour le doctorat de l'Université de Strasbourg
(Mention: Médecine)

ANNÉE 1922 № 10

THÈSE

présentée pour

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

par

HIL LAJZER
né à Wolborz (Pologne) le 14 août 1888

„Les aphasies transcorticales"

Président: Mr PFERSDORFF, Professeur

STRASBOURG
Imprimerie Ch. & J. Goeller, 16 Rue Ste Madeleine
1922

Thèse présentée pour le doctorat de l'Université de Strasbourg
(Mention: Médecine)

ANNÉE 1922 № 10

THÈSE

présentée pour

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

par

HIL LAJZER
né à Wolborz (Pologne) le 14 août 1888

„Les aphasies transcorticales"

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Président: Mr PFERSDORFF, Professeur

STRASBOURG
Imprimerie Ch. & J. Goeller, 16 Rue Ste Madeleine
1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM.	WEISS O. ✻ ✪ I.
Assesseur		BOUIN ✻ ✪ I.

Professeurs

Embryologie	MM.	ANCEL ✻ ✪ I.
Anatomie		FORSTER ✪ A.
Histologie		BOUIN ✻ ✪ I.
Physiologie		N . . .
Physique biologique		WEISS O. ✻ ✪ I.
Chimie biologique		NICLOUX ✪ I.
Anatomie pathologique		MASSON ✪ A.
Pharmacologie, Médecine expérimentale		AMBARD ✪ A.
Hygiène, Bactériologie		BORREL O. ✻ ✪ I.
Médecine légale		CHAVIGNY O. ✻ ✪ I.
Clinique médicale		BARD O. ✻ ✪ I. BLUM Léon ✻ ✪ A.
Clinique chirurgicale		SENCERT O. ✻ ✪ I. STOLZ ✻ ✪ A.
Clinique ophtalmologique		DUVERGER ✪ A.
Clinique dermatologique		PAUTRIER ✻ ✪ A.
Clinique psychiatrique		PFERSDORFF ✪ A.
Clinique neurologique		BARRÉ ✻ ✪ A.
Clinique oto-rhino-laryngologique		N . . .
Clinique gynécologique et accouchement		SCHICKELÉ ✪ A.

Chargés de cours

MM. ARON Max ✪ A.	MM. HUGEL ✪ A.
BELLOCQ ✪ A.	KELLER ✪ A.
BLUM (Paul) ✻ ✪ I.	LICKTEIG ✪ A.
BOEZ	REEB ✪ A.
CANUYT	ROHMER ✪ A.
FONTÈS	SCHAEFFER ✪ A.
GELMA ✪ A.	SCHWARTZ ✪ A.
GÉRY ✪ A.	STROHL, agrégé ✪ A.
GUNSETT ✪ A.	VAUCHER ✪ A.
HANNS ✻ ✪ A.	WEILL ✪ A.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR

CHARLES PFERSDORFF

Professeur de Psychiatrie
à la Faculté de Médecine de Strasbourg

à qui nous devons l'idée de ce travail et auquel nous restons reconnaissant pour la bienveillance avec laquelle il nous a aidé le réaliser.

Lichtheim admettait que les formes d'aphasies transcorticales étaient dues au fait que les centres du langage, restés intacts, étaient séparés d'un centre hypothétique de l'idéation par une interruption des voies M. B. et A. B. de son schéma.

A ces syndromes devraient correspondre des foyers situés dans la corticalité de la 3e frontale ou de la 1re temporale, en avant des centres du langage et qui, n'intéressant ni ces derniers ni le centre de l'idéation, détruiraient les voies connectives prénommées.

Heilbronner parle également d'interruption des fibres associatives qui dans leur ensemble correspondent aux voies A. B. et B. M. du schéma de Lichtheim.

Rothmann, lui aussi, défend la conception de Lichtheim en ce qui concerne les voies transcorticales motrices et sensorielles.

Lewandowsky attribue encore une certaine importance à la voie transcorticale motrice quant à la production du syndrome d'aphasie transcorticale motrice.

Kussmaul et surtout Freud nient l'existence de la voie transcorticale motrice. Ce dernier admet que ces troubles pourraient, dans nombre de cas, très bien être dus à une interruption de la voie associative B. A. Dans d'autres cas ces troubles seraient conditionnés par une lésion du centre verbo-moteur lui-même, lésion qui le mettrait dans un état d'infériorité fonctionnelle.

Brock voit dans l'aphasie transcorticale motrice la conséquence d'une diminution de la capacité fonctionnelle, tant du centre verbo-moteur que du centre verbo-acoustique.

Pick, lui aussi, la met en rapport avec ces deux lésions.

Bonnhöffer, Dejerine, Sachs, Stromeyer et Quensel voient en elle l'effet d'une diminution de la capacité fonctionnelle du centre verbo-moteur et la considèrent comme un reliquat de l'aphasie de Broca.

Bernheim va encore plus loin en prétendant qu'elle est une variété illusoire et ne représente qu'un stade d'amélioration que l'on rencontre chez les aphasiques moteurs.

Enfin, plusieurs tentatives d'explication ont été faites par un groupe d'auteurs qui ont voulu voir la cause de l'aphasie transcorticale motrice dans des troubles des fonctions de l'idéation.

A mentionner d'abord la conception de v. Monakow qui croit que, pour que l'aphasie transcorticale motrice puisse se produire, il faut qu'il existe une affection des fonctions cérébrales en général.

Marie et Moutier veulent l'identifier avec les troubles psychiques.

Les opinions des auteurs, quant à l'aphasie transcorticale sensorielle ne sont pas moins diverses qu'au sujet de la forme motrice.

Dejerine écrit: l'aphasie transcorticale sensorielle est aussi théorique que la précédente (aphas. trans. motr.) et manque jusqu'ici de substratum anatomo-pathologique.

Miraillé s'est exprimé de la même façon.

Bastian voit dans l'aphasie transcorticale sens l'effet d'une lésion fonctionnelle partielle du centre

verbo-acoustique gauche ou croit qu'elle peut être due à une incapacité fonctionnelle du centre du langage acoustique gauche, les fonctions du langage qui sont conservées — répétition des mots, lecture, écriture sous dictée — se faisant par l'intermédiaire du centre verbo-acoustique droit.

Freud tend à admettre que l'aphasie transcorticale sens. peut se produire par une lésion du centre verbo-acoustique lui-même.

Pick considère l'aphasie transc. sens. comme un barrage fonctionnel de la voie B. A.

D'après Liepmann il s'agit d'une lésion partielle du centre verbo-acoustique.

Bonnhöffer écrit (p. 824) : « S'il se confirme que la localisation du foyer au lobe temporal produit le syndrome d'aphasie transcort. sens., on pourra en conclure qu'il ne s'agit de différences graduelles d'une lésion du lobe temporal, mais qu'à cet endroit, par la conservation et d'autre part par la lésion de faisceaux associatifs déterminés qui irradient dans le lobe temporal, la possibilité anatomique est donnée que la répétition des mots, la lecture à haute voix et l'écriture soient intactes, tandis que la compréhension des mots et l'évocation soient gravement troublées. »

Sans aucun doute, cette manière de voir se rapproche de la conception de Lichtheim.

Niessel de Meyendorf attribuait un rôle vicariant à l'hémisphère droit pour la fonction de la répétition des mots.

Pelz, Goldstein, Quensel se sont rengés du côté de Werniche qui attribue aux troubles du champ d'idéation un rôle prépondérant dans la production des aphasies transcorticales.

Goldstein, après avoir passé en revue ces différentes opinions, s'exprime ainsi « et l'on en vient à se demander comment il est possible que des avis aussi divergents aient été émis au sujet d'un seul et même fait? La question n'est pas difficile à résoudre quand on considère le matériel clinique, on voit qu'il ne s'agit pas du tout d'un seul et même fait. Les cas d'aphasies transc. motrice et sensorielle sont au fond très différents les uns des autres. Les syndromes transcorticaux peuvent naître de causes très diverses ».

Le même auteur donne la définition suivante des aphasies transcorticales: « Les aphasies transcorticales ne reposent pas simplement sur des lésions interrompant les voies connectives, mais elles sont le produit d'altérations plus ou moins importantes des relations entre les deux champs d'association si complexes du langage et de l'idéation ou d'une lésion de l'idéation elle-même; très souvent ces deux lésions s'associent, et il n'est pas impossible qu'une lésion du champ de la parole vienne encore s'y joindre. De là résulte la grande diversité des cas d'aphasie transcorticale. »

L'auteur distingue les modes suivants de production des complexus symptomatiques d'aphasie transcorticale:

I

Perte totale ou presque totale du langage spontané et de la compréhension des mots.

1° Avec troubles psychiques graves dus à des lésions très graves du champ de l'idéation (ordinairement un reste de langage sans aucun sens est conservé).

2° Sans troubles psychiques graves:

a) Quand il y a une combinaison d'une légère lésion du centre verbo-moteur et verbo-acoustique avec une lésion relativement légère de l'idéation ou de l'appareil de transmission (Ueberleitungs-apparat) reliant le champ du langage et le champ de l'idéation;

b) Quand l'appareil de langage gauche est détruit et remplacé par celui de l'hémisphère droit pour la fonction de répéter les mots.

II

Troubles graves de la parole spontanée, la compréhension de la parole étant relativement bien conservée.

1° Quand il s'agit de la 1re forme de lésion de l'idéation (c'est-à-dire quand la formation des représentations et des idées est conservée, la coordination des représentations et des idées en une pensée bien ordonnée étant troublée).

2° Quand il y a une combinaison d'une lésion relativement légère du champ de l'idéation ou de l'appareil de transmission:

a) avec une lésion relativement légère du champ verbo-moteur;

b) ou avec une lésion relativement légère de la région préfrontale (siège de l'intention du langage).

III

Troubles très graves de la compréhension du langage, la parole spontanée étant relativement bien conservée.

1° Quand il s'agit de la 2e forme de lésion du champ de l'idéation (c'est-à-dire quand la formation de la représentation et de l'idée est troublée).

2° Quand il y a combinaison d'une lésion relativement légère du champ de l'idéation ou de l'appareil de transmission avec une lésion relativement légère du champ de la perception acoustique.

IV

Troubles graves de la parole spontanée, la compréhension des mots étant intacte.

1° Quand il y a lésion partielle du champ verbo-moteur.

2° Quand il y a lésion de l'intention (le champ supposé dans la région préfrontale d'où partiraient les impulsions pour le champ verbo-moteur) :

a) s'il s'agit d'une lésion de la région préfrontale, sans que soit intéressé le champ verbo-moteur.

Il existe en même temps un barrage de l'intention pour les autres mouvements du corps;

b) s'il s'agit de la combinaison d'une lésion des associations entre la région préfrontale et le champ de la parole avec une lésion relativement peu importante du champ verbo-moteur, sans barrage de l'intention des autres mouvements du corps.

V

Troubles graves de la compréhension de la parole, la parole spontanée étant intacte.

Quand il y a destruction complète du champ de la perception gauche et destruction des associations entre le champ de la perception droit et le champ central de la parole gauche resté intact, et que l'hémisphère droit remplace l'hémisphère gauche pour la répétition des mots.

Après ce court aperçu sur l'évolution de la doctrine de la localisation physiologique et anatomique des aphasies transcorticales, nous allons relater en abrégé d'abord les 22 cas d'aphasies transcorticales avec leurs examens anatomiques réunis par Goldstein, ensuite 9 cas que nous avons trouvés nous-même dans la littérature et que nous avons discutés et enfin nous exposerons et discuterons un cas d'aphasie transcorticale mixte avec son examen anatomique de la clinique psychiatrique de Strasbourg, dont M. le professeur Pfersdorf a bien voulu nous confier l'étude anatomique et la publication.

L'étude clinique de ce cas ayant fait l'objet de la thèse de M. le docteur Chenaux, nous avons puisé les données cliniques dans ce travail. Le reste des faits cliniques a été fait par nous.

Cas d'aphasie transcorticale motrice réunis par Goldstein

CAS HAMMOND

Tisserand, 61 ans. 5 jours avant apoplexie, hémiplégie droite et perte de la parole. Parole spontanée abolie. La répétition des mots intacte. La compréhension du langage est conservée.

Diagnostic: d'après l'auteur, aphasie de Broca; d'après Goldstein probablement aphasie transcorticale motrice.

Anatomie pathologique: Ecchymose de la grandeur d'un demi-dollar intéressant le bord latéro-postérieur du lobe antérieur.

CAS FARGE

5 jours avant apoplexie avec hémiplégie droite et perte de la parole. Parole spontanée: En plus de «oui» et «non» seulement quelques phrases revenant toujours. Articulation un peu hésitante. Répétition des mots: quelques mots, parfois

avec paraphasie. Mémoire des procédés articulaires (Sprachlautverständnis) conservée. Compréhension du sens des mots et des phrases probablement conservée. Mort 23 jours après l'ictus.

Diagnostic: d'après Goldstein aphasie transcorticale motrice.

Anatomie pathologique: Foyer de ramollissement de la grosseur d'un petit œuf dans la région sous-corticale du lobe frontal, l'écorce était restée microscopiquement intacte.

CAS BONNHÖFFER I

Homme, 56 ans, opération pour épilepsie, après incapable de parler.

1er stade: parole spontanée: ne peut dire que «ta-ta».

2e stade: parole spontanée: idem, désignation d'objets: réussit pour quelques-uns. Répétition: quelques mots, bien que pénible.

3e stade: Réapparition progressive de la parole spontanée. Articulation saccadée, hésitante. Paraphasie littérale; dénomination d'objets: bonne, la répétition des mots se fait beaucoup mieux que la parole spontanée, la compréhension du langage s'est améliorée, le malade arrive à épeler quelques mots. Comprend parfois ce qu'il lit. Ecriture spontanée encore gravement troublée. Dictée: beaucoup mieux; copie: bonne. 4e stade: Parole spontanée et parole répétée également bonnes, lecture bonne, compréhension intacte. L'écriture garde plus longtemps ses troubles agraphiques pour devenir prompte plus tard.

Diagnostic: Aphasie transcorticale motrice.

Anatomie pathologique: Lésion traumatique de la région de Broca.

CAS BONNHÖFFER II

Homme, 16 ans, épilepsie depuis le bas âge, opération, après complètement incapable de parler. 1er stade. Parole spontanée: quelques sons, articulation très pénible, répétition des mots tout à fait impossible, imite quelques sons, compré-

hension conservée pour les mots sinon pour les phrases, lecture impossible. Ecrit correctement son nom et quelques autres mots, écrit assez bien sous dictée avec paragraphie. Copie conservée. 2e stade: parole spontanée: langage initiatif fait presque défaut, langage réactif mieux conservé. Son vocabulaire n'est composé que de quelques mots concrets. Articulation très embarrassée. Dénomination d'objets: relativement bonne se fait mieux par écrit. Parole répétée: améliorée, diffioultés de l'articulation. La compréhension de la parole répétée est conservée, compréhension du mot intacte. Lecture possible avec innervation exagérée de l'articulation. Ecrit spontanément correctement les mots mais avec lenteur. 3e stade: Parole initiative existe à peine, le langage réactif est mieux conservé. Le vocabulaire est assez riche mais le parler est lent et hésitant. Articulation pénible. Dénomination des objets: améliorée surtout par écrit. Parole répétée intacte mais encore pénible. Compréhension des mots répétés conservée, compréhension de la parole intacte. Lecture correcte avec articulation lente et pénible. Ecriture spontanée bonne. Copie et dictée: bien.

Diagnostic: Aphasie transcorticale motrice d'après Goldstein.

Anatomie pathologique: Lésion traumatique de la région de Broca.

CAS ROTHMANN

Homme de 62 ans. 6 ans auparavant ictus apoplectique suivi de perte totale de la parole, la compréhension des mots était conservée. Ne parle pas du tout de sa propre initiative mais répond quelques mots aux questions qu'on lui pose. Vocabulaire: nom et profession. Enumération des chiffres: possible. Dénomination d'objets: impossible. Répétition des mots avec compréhension possible pour 4 à 5 mots. Ecriture sous dictée partiellement conservée avec paragraphie. Copie conservée mais lente.

Diagnostic: Aphasie transcorticale motrice (d'après l'auteur).

Anatomie pathologique: Petit foyer situé en avant de la 3e frontale gauche qui elle-même est restée intacte. Le reste du cerveau est intact.

CAS MOUTIER

Homme, plusieurs ictus apoplectiques. 1 année ½ avant la mort: parole spontanée: bornée à « oui» et «non». Les mots difficiles sont mal répétés. Compréhension des mots et des phrases simples conservée, les phrases compliquées restent imcomprises. Lecture conservée pour les lettres et les mots. Ecriture spontanée: le nom. Copie gravement troublée. Dyspraxie, hémiplégie droite.

Diagnostic: Aphasie de Broca, d'après l'auteur; aphasie transcorticale motrice d'après Goldstein.

Anatomie pathologique: Pas de lésion de l'écorce, foyer dans la zone lenticulaire en plus plusieurs points de sclérose dans le lobe temporal à gauche.

Cas d'aphasie transcorticale sensorielle

CAS NOETHE

Avocat, 58 ans. 6 mois auparavant 1er ictus apoplectique, amélioration. Le malade ne parle presque pas spontanément, pourtant sous le coup de l'émotion il parvient à dire des phrases correctes. Ne réagit que peu aux questions. L'articulation est bonne quant à la parole spontanée, brouillée quant à la répétition des mots. La dénomination des objets est impossible. La répétition des mots se fait couramment, sans compréhension du sens, avec articulation mauvaise, à peine compréhensible. Echolalie. La compréhension existe pour les mots, fait défaut pour les phrases compliquées. Lecture impossible. Ecriture spontanée et sous dictée gravement troublée.

Diagnostic: Aphasie transcorticale sensorielle avec écholalie au moyen de l'hémisphère droit.

Anatomie pathologique: Foyer de ramollissement dans l'hémisphère gauche. Destruction du pied de la F 2, des partie avoisinantes de F 1 et F 3, de toute la circonvolution centrale, du lobe pariétal avec le gyrus angularis, du tiers de la T 1, du noyau lenticulaire, de la totalité des commissures du corps calleux à part quelques restes dans sa partie postérieure.

CAS MONAKOW

Femme de 46 ans. Opérée d'un cancer il y a 2 ans. Symptômes aigus cérébraux, apoplexie, maux de tête. Parole spontanée: phrases entières paraphasiques. Dénomination des objets: troublée, parole répétée: prompte même pour phrases longues, pourtant sans compréhension. Alexie, Agraphie, Hémiplegie droite.

Diagnostic: Aphasie transcorticale sensorielle.

Anatomie pathologique: Cancer de la région du centre du bras. Une tumeur plus petite dans le gyrus parietalis supérieur. De plus une tumeur de la grosseur d'une noix dans la sous-corticalité de la région pariéto-occipitale. L'écorce de T 1 et T 2 est indemne et n'est que secondairement comprimée. La radiation acoustique gauche est complètement détruite.

CAS BISCHOFF I

Femme de 47 ans, parfois bavarde, marmotte des prières. Langage spontané: difficile à comprendre, abondant, fuite des idées. Articulation bonne, énumération intacte. Dénomination des objets gravement lésée. La répétition de courtes phrases se fait mais la compréhension du sens est gravement atteinte. Lecture conservée mais sans compréhension, écrit son nom et quelques autres mots sans faute. Apathie, démence, persévération, désorientation.

Diagnostic: Surdité verbale, la répétition des mots se fait par l'hémisphère droit.

Anatomie pathologique: L'insule est mise hors de fonction par un ancien foyer. Les fibres associatives reliant le lobe temporal au lobe frontal et à la circonvolution centrale sont détruites. Les fibres de projection de la première et de la deuxième temporale sont gravement lésées, celles de la troisième temporale le sont à un degré moindre. L'écorce du lobe temporal n'est pas directement lésée. Une partie de la troisième occipitale est atteinte de ramollissemnt de la substance grise et de dégénérescence du faisceau longitudinal inférieur. Lésion du lobe lingual droit. Les fibres de projection et d'association reliant le centre acoustique du langage en partie détruite.

CAS BISCHOFF II

Femme, 65 ans. Depuis six mois perte de la mémoire. Apathie. Langage spontané: défectueux, petits tronçons de phrases, Stéréotypie. Articulation bonne, parfois paraphasie. La répétition des mots se fait la plupart du temps. Compréhension des mots gravement atteinte. Lecture sans compréhension paralexie. Ecriture spontanée n'existe plus, écrit assez bien sous dictée. Copie: dessine les mots sans en comprendre le sens. Troubles psychiques prononcés.

Diagnostic: Aphasie transcorticale sensorielle.

Anatomie pathologique: foyers multiples de date ancienne sans rapports avec les troubles du langage, lésions plus récentes. Les deux lobes temporaux, surtout le gauche, sont atrophiés. Foyers dans le bord externe de la corne postérieure ainsi que dans les deux lobes occipitaux.

CAS QUENSEL

Homme, 46 ans, devenu subitement aphasique. Parle très peu de sa propre initiative un peu plus quand on l'interroge. Souvent logorrhée. Absence de substantifs concrets dans son parler spontané. Beaucoup de phrases courtes sans sens. Articulation bonne, paraphasie littérale, énumération conservée. Dénomination des objets gravement troublée. Répète correctement certains mots courts, pour les autres plus longs il y a paraphasie. Les mots répétés sont mal compris. La compréhension du sens est partiellement conservée. Lecture: lésée pour les lettres un peu mieux pour les mots mais sans compréhension, n'écrit spontanément que ses nom et prénom et quelques mots. Ecrit sous dictée avec paragraphie et sans compréhension. Copie bien. Est parfois désorienté.

Diagnostic: Aphasie transcorticale sensorielle.

Anatomie pathologique: Quatre foyers de ramollissement: 1° dans le tiers postérieur de la II^e^ temporale et la partie antérieure de la II^e^ et III^e^ temporale. La circonvolution transversale en grande partie intacte n'est atrophiée que dans

sa partie externe; 2° dans le gyrus angularis; 3° dans la IIIe frontale dont le pied est resté indemne; 4° dans le lobe temporal droit (gros foyer).

CAS MONAKOW

Instituteur de 45 ans. Il y a deux mois apoplexie suivie de parésie à droite, après quelque temps nouvel ictus suivi de troubles de la parole: 1er stade. Dysarthrie, parler hésitant, difficulté de trouver les mots. Paraphasie littérale. Dénomination des objets assez correcte mais avec un peu de paraphasie. La répétition des mots se fait avec compréhension. Compréhension du sens conservée pour des questions simples, abolie pour questions compliquées. Lit péniblement et paraphasiquement. Ecriture spontanée gravement, lésé n'écrit pas du tout de la main droite bien qu'il puisse encore s'en servir, par exemple ouvrir un bouton. 2e stade: parole spontanée comme au 1er stade. Paraphasie littérale. Articulation très pénible. Répétition des mots sans compréhension avec écholalie. La compréhension des mots est partiellement conservée, celle des phrases gravement touchée. Lecture plus défectueuse qu'au 1er stade. Le langage réactif est moins lésé que le parler initiatif. 3e stade. La parole spontanée presque abolie. Articulation très défectueuse. Paraphasie littérale prononcée. Dénomination des objets impossible. Répétition des mots conservée. La répétition des phrases se fait avec paraphasie et mauvaise articulation. Lecture impossible, compréhension abolie. Apraxie idéatoire. 4e stade. Aphasie totale, haut degré d'apraxie. Déchéance mentale. Désorientation.

Diagnostic: Aphasie sensorielle associative.

Anatomie pathologique: Tubercule de la grosseur d'un œuf de pigeon croissant de la base du cerveau vers le haut, s'insinuant en forme de massue entre le globe pallide et la partie ventrale du thalamus, dans la capsule interne qui en est gravement lésée. Le tubercule s'étend jusqu'à la tête du corps strié à laquelle il se substitue. La partie antérieure de la capsule interne est détruite. L'avant-mur et la capsule externe sont fortement comprimés. L'insule est de consistance amoindrie. La partie sous-corticale de l'opercule, de la circon-

volution centrale antérieure, de la circonvolution supramarginale et du lobe temporal est fortement œdématiée. L'écorce de la région de Broca ainsi que des 1re et 2e circonovlutions temporales ne montrent pas de lésions grossières. Dégénérescence secondaire de la substance grise de l'opercule et de la partie antérieure de la circonvolution rolandique. Dégénérescence de la sous-corticalité de la circonvolution transversale et de la circonvolution temporale supérieure gauche. La couronne radiaire du lobe temporal est fortement dégénérée. L'hémisphère droit est indemne.

Cas d'aphasie transcorticale mixte

CAS PICK I

Homme, 51 ans. Il y a deux ans ictus suivi d'aphasie. Troubles psychiques. Parole spontanée: quelques phrases correctes mais le plus souvent réunion de mots corrects en eux-mêmes en phrases incompréhensibles. Articulation bonne. Dénomination des objets en partie conservée, amnésie et aphasie partielle. Répétition correcte jusqu'à deux mots. Compréhension existe pour phrases simples, perdue pour phrases compliquées. Lecture presque intacte avec compréhension pour les phrases peu compliquées. L'écriture spontanée n'est plus qu'un griffonnage, l'écriture sous dictée vaut un peu mieux, nombreuses omissions. Copie correcte. Apraxie, Agnosie, troubles psychiques. Stupeur progressive.

Diagnostic: d'après l'auteur, aphasie transcorticale motrice; d'après Goldstein, aphasie transcorticale motrice et sensorielle par suite de lésion du champ de l'idéation.

Anatomie pathologique: Pas de foyer. Atrophie du cerveau, surtout du gauche atteint principalement dans son lobe frontal et sa première circonvolution temporale.

CAS PICK II

Femme, 67 ans. Troubles amnésiques et aphasiques depuis des années. Parole spontanée réduite à un marmottement incompréhensible. Vocabulaire très réduit, répète toujours les mêmes phrases. Réunion de mots corrects en eux-même en phrases courtes et incompréhensibles. Articulation bonne. Enumération conservée. Dénomination des objets gravement troublée. Répétition conservée sans compréhension. La compréhension est conservée pour les mots isolés, difficile pour les phrases. Plus tard la compréhension est complètement abolie. Lecture et écriture gravement troublées.

Diagnostic: Aphasie transcorticale mixte.

Anatomie pathologique: Atrophie générale des circonvolutions du cerveau, surtout dans la région du lobe temporal gauche et de la région de Broca.

CAS QUENSEL

Femme de 73 ans, a subi plusieurs attaques d'apoplexie avant l'examen. Ne parlait plus, plus tard desorientée. Le langage initiatif fait presque complètement défaut, elle parle un peu plus quand on la questionne. Articulation correcte. Enumération: assez prompte, parfois seulement quand on lui dit le commencement. Dénomination d'objets: manque absolument. Répétition: conservée pour les mots, défectueuse pour les phrases. Echolalie, la compréhension des mots est conservée, pour les phrases elle est gravement lésée. Lecture des lettres et des mots conservée, paralexies fréquentes, graves troubles de la compréhension, paraphasie littérale. Ecriture spontanée: paragraphie complète, suite de lettres complètement dénuée de sens. La copie se fait couramment. Spasme des extrémités inférieures. Hypokynésie de tous les mouvements spontanés. Intérêt émoussé, intelligence défectueuse. Evolution vers la démence avec conservation de la parole répétée. Mort après un an.

Diagnostic: Aphasie transcorticale motrice et sensorielle.

Anatomie pathologique: Atrophie diffuse du cerveau, intéressant surtout la partie frontale surtout la gauche. De même atrophie prononcée du lobe temporal surtout à gauche,

CAS MINGAZINI

Paysanne, 61 ans, illettrée; trois mois auparavent ictus avec hémiplégie droite. Confusion, repète les mêmes phrases stéréotypiques, qui ne sont qu'une suite de mots corrects réunis sans aucun sens. Articulation bonne, paraphasie des syllabes et des mots, énumération simple conservée. La répétition est paraphasique, sans compréhension et parfois écholalique. Compréhension conservée pour les mots non pour les phrases.

Diagnostic: d'après Mingazini — Aphasie transcorticale sensorielle, d'après Goldstein — Aphasie transcorticale sensorielle et motrice due à une lésion du champ de l'idéation.

Anatomie pathologique: Plusieurs foyers de ramollissement dans l'hémisphère gauche qui ont détruit la partie dorsale du gyrus angularis post., la substance grise de la partie postérieure du gyrus supramarginalis, une partie du gyrus pariétal inférieur, une partie du gyrus angularis et la base de la partie postérieure des 1re et 2e circonvolutions temporales.

CAS HEUBNER

Libraire, 64 ans. 1er ictus avec perte de la parole et hémiplégie, restitution. 2e ictus perte de la parole, hémiparésie droite. Parole spontanée: réduite à « oui » (« Ja — Jawohl ») Dénomination des objets gravement troublée. La répétition des mots et des phrases courtes se fait mais sans compréhension, le malade ne comprend pas ce qu'on lui dit. Lit bien sans comprendre. Ecriture spontanée: Mots corrects se suivant sans sens. Ecriture sous dictée correcte mais sans compréhension.

Diagnostic: d'après Heubner — Aphasie associative sensorielle; d'après Goldstein — Aphasie transcorticale sensorielle et motrice.

Anatomie pathologique: Les circonvolutions sont partout étroites. Un foyer assez grand, avec lésion importante de l'écorce, au point où la partie inférieure du gyrus pariétal se continue dans le bras postérieur du gyrus supramarginalis et la première temporale. La première temporale n'est pas

ramollie, mais elle est atrophiée à proximité de l'insule. Ramollissement superficiel de la deuxième temporale. Foyer de ramollissement au plancher du ventricule latéral gauche, au tiers moyen du noyau caudé et lenticulaire. Ramollissement de la troisième frontale gauche à son bord qui se perd dans la fosse de Sylvius.

CAS PICK

Femme, 71 ans, perte de la mémoire. Parole spontanée: phrases courtes et sans sens, chiffres et jours de la semaine conservés. Dénomination des objets correcte pour certains objets. Répétition des mots: jusqu'à quatre mots que le malade comprend parfois, parfois écholalie. Lecture correcte mais non comprise. Ecriture gravement troublée, paragraphie. Copie: dessine les lettres. Parfois apraxie. Attention, intelligence, et spontanéité gravement atteintes.

Diagnostic: Selon Pick — Aphasie transcorticale sensorielle; d'après Goldstein, Aphasie transcorticale sensorielle et motrice.

Anatomie pathologique: Pas de foyer, forte atrophie surtout du lobe frontal.

CAS LIEPMANN

Femme, 74 ans, anomalies psychiques, amnésie, angoisses. Parle peu spontanément, plus tard elle ne parle plus du tout. Vocabulaire réduit, phrases sans sens, agrammatisme. Articulation bonne. Dénomination des objets: troublée. Répète les phrases dans un ton interrogatif semble parfois comprendre. Echolalie. Compréhension de la parole gravement troublée. Troubles psychiques importants, démence terminale.

Diagnostic: d'après Liepmann — Aphasie transcorticale sensorielle; d'après Goldstein — Aphasie transcorticale sensorielle et motrice.

Anatomie pathologique: Atrophie du cerveau surtout du lobe frontal et temporal gauche.

CAS STRAUSKY

Homme, 65 ans, confus depuis quelques mois. Parole spontanée: vocabulaire restreint duquel ne sont pourtant pas exclus les substantifs concrets. Paraphasie légère. Enumération: chiffres seulement. Dénomination des objets: possible pour quelques-uns. Répétition des mots conservée, souvent sans compréhension. Echolalie. Compréhension du sens conservée pour phrases simples, lésée pour phrases compliquées. Paralexie à un haut degré, tout à fait sans compréhension. Ecriture: Au commencement encore possible pour des noms, plus tard griffonnage inintelligible. Copie très défectueuse. Apraxie. Spontanéité diminuée. Echopraxie. Agnosie. Persévération. Troubles psychiques: Stupeur progressive.

Diagnostic: d'après Strausky — Aphasie transcorticale sensorielle; d'après Goldstein — Aphasie transcorticale sensorielle et motrice.

Anatomie pathologique: Atrophie diffuse du cerveau surtout de l'hémisphère gauche. Atrophie surtout du lobe frontal, de la région du cuneus et du paracuneus, ainsi que de la région où se rencontrent le lobe pariétal et le lobe temporal.

CAS TRAVAGLIANO

Femme, 60 ans, traumatisme du crâne, d'abord troubles agraphiques, plus tard la parole spontanée est réduite au seul mot « oui ». Dénomination des objets troublée. La répétition des mots est possible au début, plus tard écholalie. La compréhension de la parole presque intacte d'abord, est gravement troublée plus tard. Lecture: courante et comprise au début, devient paraphasique et sans compréhension plus tard. Ecriture gravement troublée. Apraxie.

Diagnostic: d'après Travagliano — Aphasie transcorticale sensorielle, d'après Goldstein — Aphasie transcorticale sensorielle et motrice.

Anatomie pathologique: Dans le pôle du lobe temporal une tumeur intéressant la substance grise, jusque dans sa partie corticale. L'insule, la région de Broca et celle de Wernicke sont microscopiquement altérées.

CAS GOLDSTEIN

Commerçante de 50 ans. Crise urémique avec troubles du langage. Second accès il y a trois semaines. Langage nitiatif fait presque complètement défaut. Parle plus, même logorrhée quand on lui pose des questions. Beaucoup de petits tronçons de phrases n'ayant presque pas de sens, nombreuses omissions de mots. L'articulation est bonne. Quelques énumérations sont possibles quand on lui en dit le commencement. Dénomination des objets gravement troublée. Compréhension du sens défectueux. Hypokynésie. Léger état de stupeur. Attention diminuée. Mort dans le coma urémique.

Diagnostic: Aphasie transcorticale motrice et sensorielle.

Anatomie pathologique: œdème de l'hémisphère gauche surtout prononcé dans la région centrale antérieure, le gyrus angularis, et le gyrus supramarginalis.

En suivant cas d'aphasies transcorticales réunis par nous.

Aphasie transcorticale motrice provoquée par une lésion partielle de la zône de Broca. Type I d'après la nomenclature de Goldstein.

CAS POPOFF, S.

Aphasie amnésique

(Hôpital Ste-Marie, Moscou.)

Neurologisches Zentralblatt, XXIII. 1904.

Archives de Neurologie, 1905, tome I.

Homme de 31 ans, entrepreneur. Hospitalisé le 7 mars 1901. Anamnèse: Alcoolisme. Il y a 11 semaines ictus apoplectique après de copieuses libations la veille. Perte de connaissance pendant 24 heures. Incontinentia urinae et alvi. Hémiplégie qui s'améliora un peu par la suite. 15 jours après l'ictus le malade put prononcer pour la première fois les mots de «Gazette de Moscou».

État actuel: Troubles de la parole: Le malade ne sait dire que « oui » et « non ». Il est parfaitement orienté, sort de l'hôpital pour fumer, revient seul à son lit, joue très bien au jeu de dames, y gagne toujours. Il veille soigneusement à ce que les ordonnances du médecin soient strictement observées. Se met en colère quand quelque chose a été omis, et le lendemain fait comprendre au médecin par des signes et en montrant dans le journal de la maladie, ce qui n'a pas été observé. Les mots oui et non sont employés quand il le faut par le malade. La plupart du temps le malade reste taciturne et n'a recours à la mimique qu'en cas d'urgente nécessité. Il répète distinctement les mots immédiatement après qu'on les lui a soufflés mais n'est plus à même de les répéter quelques instants après. Enumération: possible quand on prononce deux à trois mots devant lui. Répète correctement les phrases courtes. Invité à écrire son nom le malade écrivit « Jamschtschikoff » bien qu'il ne s'appelât pas ainsi, mais il appartenait à la corporation des Jamschtschiki. Il écrivit son prénom et quelques mots sous dictée, dans l'un il écrivit un w pour un p. Dans l'écriture spontanée on remarque qu'il confond et déplace des lettres. Il copie correctement. On lui demanda par écrit: « Quel âge avez-vous? » Il lut la question à voix haute, mais la réponse qu'il donna par écrit était nettement paragraphique. Il lut mentalement une deuxième question écrite et y répondit correctement par écrit. En lisant la phrase «Il faut apprendre à parler», il ne parvint pas à prononcer le mot apprendre, malgré tous ses efforts il ne fait entendre que « ss... » Il arrive à lire et a prononcer certains mots imprimés mais non tous. La compréhension de la parole est bonne. Copie correctement. On lit dans le journal de la maladie qu'un jour étant en colère il proféra: « Pas nécessaire ». Une fois il répondit au médecin qui lui demandait: « Avez-vous pris cette potion? », dans la forme infinitive: « Avoir pris ». Mort le 22 février 1902, dans le marasme général après pétéchies sur tout le corps, hémorragie des gencives.

Diagnostic: Aphasie transcorticale motrice (d'après Kéraval).

Examen anatomique: Sclerosis vasorum cerebri. Hemisphère gauche: Dans la région de la troisième circonvolution

frontale la substance corticale est renfoncée et recouverte d'une pie-mère épaissie. Ce renfoncement est dû à un foyer de ramollissement situé dans la substance sous-corticale et s'étendant jusqu'aux noyaux gris centraux. L'insule est complètement détruite. Dans la partie antérieure du lobe temporal et la partie postérieure de l'operculum il y a destruction superficielle de la couche corticale. Le cortex de la circonvolution de Broca est complètement détruit dans ses parties convexes tandis qu'il est conservé par endroits dans la profondeur des sillons. Hémisphère droit. Ramollissement symétrique à celui de gauche dans la troisième frontale. La circonvolution antérieure de l'operculum et l'insule sont moins gravement lésées qu'à gauche. La couche corticale de la troisième frontale est détruite de la même façon qu'à gauche.

L'auteur pense que ce cas peut être considéré aussi bien comme une aphasie transcorticale motrice que comme une aphasie amnésique. A notre avis on ne peut en aucune façon considérer ce cas comme une aphasie amnésique. L'aphasie amnésique est surtout un trouble de l'évocation des mots, surtout des mots concrets. Le malade, quand il ne trouve pas le mot, emploie des circonlocutions, jamais le langage spontané ne fait complètement défaut. Aussi le langage n'est pas agrammatique. De plus, l'écriture reste correcte.

Dans ce cas-ci, par contre, le malade ne parle presque pas spontanément, il répond dans la forme infinitive « avoir pris », lit avec paraphasie et écrit avec paragraphie. L'auteur conclut de la façon suivante: « En résumant ce que nous venons de dire, vu la forme d'aphasie dont il s'agit ici, nous sommes enclins à admettre: premièrement que le centre verbo-moteur comprend une aire dépassant quelque peu les limites de la circonvolution de Broca et que le fonctionnement de ce centre secondaire est lié à une influence auxiliaire tan-

tôt du centre acoustique, tantôt du centre optique du langage; deuxièmement que l'aphasie transcorticale motrice n'est pas provoquée par une lésion de la voie B. M. du schéma de Lichtheim, mais par une lésion siégeant au point M. lui-même (circonvolution de Broca); troisièmement que le fait que notre malade écrivait sous dictée indique que le centre moteur de l'écriture a son siège en dehors de la circonvolution de Broca, peut-être dans le pied de la II^e^ frontale où plusieurs auteurs l'ont déjà situé ».

Mais ce cas pourrait être interprété comme une aphasie transcorticale motrice du II^e^ type selon la nomenclature de Goldstein, causée par une lésion de l'intention, ce qui expliquerait le manque absolu de langage spontané. L'agrammatisme, la légère paraphasie, les troubles de la lecture et de l'écriture que le malade accuse en outre, font supposer une lésion du champ central du langage lui-même. Au II^e^ type d'aphasie transcorticale motrice correspond un foyer dans le lobe frontal, ce qui est le cas chez notre malade. Les lésions de l'insule expliquent la paraphasie et l'agrammatisme, l'insule faisant partie du champ d'associations où a lieu la formation du langage intérieur et que l'on appelle champ central du langage. Mais la supposition qu'il s'agit ici en premier lieu d'une lésion de l'intention ne saurait résister à une critique approfondie.

En effet, s'il agissait d'une lésion de l'intention la spontanéité des autres mouvements du corps s'en serait ressentie. De plus, on lit dans le journal de la maladie qu'à la lecture de la phrase: « On doit apprendre à lire », le malade ne parvint pas à prononcer le mot « apprendre », malgré tous ses efforts. Cela indique une lésion de l'aire de Broca. Voilà pourquoi nous tendons

à admettre que l'on se trouve en présence du Ier type d'aphasie transcorticale motrice, due à une altération fonctionnelle du centre verbo-moteur.

Bastian le premier a mentionné qu'une lésion partielle du champ de Broca peut donner lieu à des troubles fonctionnels intéressant les différentes fonctions de l'appareil du langage à des degrés inégaux, de sorte que la parole spontanément déclenchée par des impulsions de la volonté n'est plus possible, tandis qu'elle peut encore se produire quand elle est provoquée par des sensations acoustiques, optiques ou tactiles. On pourrait objecter que dans les cas d'aphasie transcorticale motrice dus à une lésion partielle du champ de Broca le langage spontané est presque toujours en partie conservé, tandis que dans le cas présent il est aboli, sauf pour les mots « oui » et « non ». A notre avis, ce trouble grave de langage spontané s'explique par la coexistence d'une lésion de l'insule qui fait partie du champ central du langage. Des troubles légers de la formation intérieure de la parole combinés avec un léger abaissement fonctionnel du centre verbo-moteur, peuvent porter à la parole spontanée un préjudice plus grand qu'une lésion intéressant seulement le champ de Broca. Enfin, pour compléter la compréhension de ce cas on pourrait encore admettre un léger trouble de l'intention.

En résumé, nous considérons le cas Popoff comme une aphasie transcorticale motrice du Ier type (nomenclature de Goldstein), due à une lésion partielle du champ de Broca et accompagnée de troubles graves de la parole spontanée provoqués par une lésion simultanée du champ central de la parole et du champ de l'intention.

Aphasie transcorticale motrice type I causée par une lésion partielle du champ de Broca

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 1921. Band 71, p. 97. — Beiträge zur Klinik und Anatomie der Hirntumoren, von Dr. E. Wexberg (Nervenheilanstalt Maria-Theresien-Schlössel, Wien).

J. D., employé de banque, âgé de 33 ans. Le 8 août 1920, il eut subitement un accès de vertige suivi de crampes et finalement de perte de connaissance. Le 21 septembre nouvel accès. Après ce dernier le malade était incapable de parler pendant 2 heures, puis il recouvrait la parole. Mais depuis ce temps il lui manquait souvent les mots dans la conversation, aussi employait-il des mots faux sans s'en apercevoir qu'après. Pas de paraphasie littérale. Par contre il y avait souvent une paraphasie verbale et une inhibition de la prononciation quoiqu'il entendît les mots justes intérieurement. Les troubles du langage se seraient améliorés mais il ne pouvait pas prononcer même actuellement des phrases longues.

Examen d'aphasie le 10 jan. 1921. Des objets présentés simples sont correctement dénommés, la mémoire ne fait défaut qu'en présence de quelques mots composés ; par exemple : Manchette + Manchettenknopf. — Au mot «Manchette» il ajoute correctement «Knopf». «De quel matériel est-il fabriqué ?» «d'or». Bouton en nacre. Après une pause plus longue : «nacre». Calcul par cœur juste, les associations sont normales. L'addition d'un nombre plus grand de chiffre n'est possible que pour 7 à 8 chiffres.

Ecriture. Le malade écrit très lentement d'une manière pénible et purement micrographique. L'examen de la praxie ne montre pas de défauts grossiers.

Psychiquement le malade fait l'impression d'une légère démence. De temps en temps on remarque une euphorie rappelant une moria.

24 janvier 1921. Apraxie idéatoire.

7 février 1921. Nouvel accès. Le malade est obtus, parle d'une manière lente et indistincte.

8 février 1921. Parole spontanée diminuée. Parole répétée bonne. 10 février 1921. L'état est (comme) celui du temps avant l'accès.

21 février 1921. Opération (Professeur Frisch).

Premier temps (Anesthésie locale) Trépanation au niveau de la région centrale gauche et de la région frontale. La dure-mère est tendue, ne montre pas de pulsation.

3 mars 1921. Deuxième temps. Après ouverture de la dure-mère qui se laisse détacher sans peine, une tumeur molle, rouge-brun foncé nettement limitée des dimensions d'un poing d'adulte, apparaît dans la région des circonvolutions frontales supérieure et moyenne, atteignant en arrière la circonvolution centrale antérieure (Ca ou F4).

La tumeur se laisse facilement détacher et laisse une empreinte dans l'écorce cérébrale correspondant à son étendue.

4 mars 1921. Parole répétée bonne. Parole spontanée très diminuée. Le malade ne profère que quelques mots, ne répond sur les questions posées que par oui et non, emploie même faussement ces deux expressions.

8 mars 1921. Parole spontanée et associative sensiblement améliorée. Les personnes et les objets présentés sont correctement dénommés ou décrits.

Troubles amnésiques. Pas de paraphasie.

19 mars 1921. Le malade parle d'une manière claire et en employant des phrases longues. Ce n'est que la mémoire qui est encore quelquefois défectueuse.

23 mars 1921. Parole et praxie sans troubles. Le malade écrit sans hésitation et sans tremblement. Plus de micrographie. Psychiquement le malade est très vivace, attentif répond promptement et d'une affectivité gai normale.

Epicrise: Les troubles de la parole de ce cas présentent une image typique du syndrome de l'aphasie transcorticale motrice type I du schéma de Goldstein, faisant suite à une diminution de la fonction du champ verbo-moteur. Cette diminution est conditionnée par une

lésion partielle du champ de Broca. La dénomination des objets est meilleure que la parole spontanée, parce que l'excitation sensorielle des focus moteurs diminués dans leur excitabilité est plus forte quand elle part d'un objet que dans la parole spontanée. Ce fait est, comme nous l'avons déjà expliqué, le symptôme distinctif entre l'aphasie transcorticale et l'aphasie amnésique. Dans cette dernière c'est la dénomination des objets qui est plus affaiblie que la parole spontanée. De même, le malade qui est atteint d'aphasie amnésique n'emploie jamais des expressions fausses, comme celui de notre cas. La fonction motrice du langage est fortement diminuée immédiatement après l'accès, peu à peu l'aphasie motrice complète ou incomplète se transforme dans une aphasie transcorticale motrice.

Il paraît qu'il y ait aussi un affaiblissement fonctionnel du champ moteur de l'écriture. Le malade écrit d'une manière pénible, lente et micrographique. Outre les troubles de la partie motrice de la parole il y a dans notre cas des troubles nets du choix des mots, troubles qui se manifestent dans l'emploi de mots faux. Ils sont probablement dus à une lésion des voies d'associations, mais qui est d'un degré si léger qu'elle reste sans influence sur la compréhension des mots.

Aphasie transcorticale motrice du IIème type

CAS OTTO SITTIG

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1912, 267, Bd. 31. — Clinique psychiatrique de l'Université de Prague.

Ueber funktionelle Erschwerung des Vorstellungsablaufes bei organischer Hirnerkrankung (Tumor)

Le manque de place nous oblige à ne donner qu'un court résumé du journal de la maladie.

Homme de 50 ans. Hospitalisé le 27 décembre 1910. La parole devint défectueuse pendant l'été de 1909, le malade avait des vomissements pendant la nuit, souffrait de maux de tête et de douleurs dans les jambes. Ce qui ressortait le plus parmi les troubles psychiques c'étaient les troubles de la mémoire et une grande étourderie.

Examen somatique: tout le facial gauche semblait moins bien innervé que le droit, de même les extrémités supérieure et inférieure droites l'étaient moins qu'à gauche. Réflexes crémastériens: à gauche bien moins forts qu'à droite. A l'examen ophtalmoscopique rien d'anormal du côté des yeux. Le malade restait toute la journée au lit sans bouger ne montrant aucun intérêt pour son entourage. Ce qui était surtout frappant c'est que le malade ne parlait jamais spontanément et se servait de signes pour exprimer ses désirs. La mémoire et l'attention étaient troublées à un haut degré.

Examen de l'aphasie: le malade reconnaît les objets et les dénomme correctement. Les ordres étaient bien exécutés par exemple l'ordre de montrer une partie de son corps. Le malade comprenait bien les questions qu'on lui posait. Répétition des mots: intacte. Enumération: sans troubles. Le malade énumérait parfaitement les noms des mois, et savait

continuer des chansons populaires quand on lui en disait les premiers mots. Il les chantait assez correctement. Par contre il ne parvint jamais à réciter les noms des mois à rebours. D'habitude il parlait l'allemand mais possédait également la langue tchèque, l'usage de cette dernière ne semblait pas avoir particulièrement souffert. Il lisait couramment l'écriture imprimée. Le malade écrivit à sa femme une lettre presque dénuée d'idées, répétant souvent la même pensée voire le même mot. Si au cours de la conversation il ne pouvait répondre à une question, il tâchait de se tirer d'affaire en disant: «c'est curieux», « c'est terrible», «Il faut que j'y réfléchisse», ou il se passait la main sur le front d'un air pensif ou bien, visiblement agacé, il frappait avec impatience la couverture de son lit. Les troubles étaient surtout apparents quand l'énoncé de la question ne contenait pas de termes qui pouvaient servir dans la réponse. Il était surtout incapable de décrire les actes de la vie quotidienne, tels que: se déshabiller, voyager en chemin de fer, se raser, etc. ou encore d'énumérer des objets précis:

De quoi l'homme est-il vêtu ? pantalon.

Nommez-nous tous les vêtements ? Il ne dit que pantalon.

Que porte-t-on sur la tête ? (promptement) chapeau.

Que porte-t-on autour du cou ? cravate.

Que porte-t-on aux pieds ? chaussettes.

Que porte-t-on par-dessus les chaussettes ? pas de réponse.

En lui montrant les chaussures : Ah! souliers.

Que porte-t-on sur la chemise ? pas de réponse.

On lui montre le gilet : (promptement) gilet.

Examen d'après Wolf:

Qu'est-ce qu'un pré ? « Vieux pré» (nom d'une rue de Karlsbad, résidence du malade) «C'est difficile pour moi».

Quelle couleur a-t-il ? verte.

Qu'y pousse-t-il ? Je n'en sais rien.

Qu'est-ce que ce vert ? Herbe.

Pousse-t-il de l'herbe sur le pré ? Je ne crois pas.

Y a-t-il des fleurs sur le pré ? Oh oui!

De quoi se compose une table ? 4 planches.

Sur quoi la table repose-t-elle ? Je sais.

Appelle-t-on cela une main ? M'est inconnu.

Appelle-t-on cela un pied ? secoue la tête.

Quelle est la couleur de l'herbe ? Ne répond pas. Il, doit désigner la couleur de l'herbe au moyen de fils de laine cherche longtemps sans trouver. On lui montre du rouge en demandant si c'est là la couleur de l'herbe, il répond «oui». On lui montre du vert, réponse «non». (Il reconnaît pourtant bien les couleurs et s'il n'en trouve pas toujours le nom il le reconnaît quand on le lui dit.)

Le malade mourut le 4 août 1911.

L'auteur rappelle que le diagnostic de tumeur du cerveau, ne fut pas posé vu le manque absolu de symptômes typiques.

L'obduction a démontré qu'il s'agissait d'un endothéliome de la dure-mère, de la grosseur d'un poing, qui comprimait fortement le lobe frontal, l'insule et la T^1 de l'hémisphère gauche.

L'auteur a voulu voir dans les altérations psychiques que présentait le malade, un syndrome de Korsakoff, qui, comme l'a signalé Knapp, peut être dû à une tumeur du lobe temporal. Il remarque que dans ce cas la confabulation était moins prononcée qu'elle ne l'est d'ordinaire, parce qu'en général le malade ne produisait rien spontanément. Quant aux autres troubles qui ressortent avec évidence des entretiens avec le malade, l'auteur essaie de les interpréter d'après James, qui compare l'idéation à une suite de sons harmonieux qui, comme on le sait, se composent, chacun, d'un son principal accompagné selon le timbre de sons secondaires plus ou moins nombreux que l'on nomme aussi harmoniques. Poussant cette comparaison plus loin, Sittig émet que, comme dans une suite harmonieuse de sons, l'harmonique du premier son devient la note principale du suivant, de même dans une suite d'idées une idée secondaire accompagnant l'idée principale passe à son tour au premier plan, devenant ainsi elle-même idée principale, qui de son côté est accompagnée d'idées se-

condaires, ses harmoniques psychiques, si l'on peut s'exprimer ainsi. Dans le cas présent les idées ne sont évoquées que laborieusement ou pas du tout. On peut les comparer à des sons principaux isolés non accompagnés de leurs harmoniques qui amorceraient la succession d'autres sons harmonieux.

Ces idées intermédiaires — agents de liaison — faisant défaut, il fallait les remplacer. Ce qui se fit par des sensations visuelles et optiques, plus efficaces que les idées, ou par des questions auxiliaires dont l'énoncé se rapprochait de plus en plus de l'idée demandée et qui donnait au malade l'aide associative dont il avait besoin.

Il est facile de voir ce que cette interprétation contient de forcé. D'abord le rapprochement des symptômes psycho-aphasiques au syndrome de Korsakoff n'est pas fondé. Le symptôme prévalant dans le syndrome de Korsakoff est, à côté de l'amnésie, constitué par les faux de la mémoire, dont il n'y a pas trace chez le malade. L'auteur voudrait expliquer l'absence de confabulation par le fait qu'en général le malade ne produisait rien spontanément. Mais comment se fait-il que le malade ne produisait rien spontanément ? C'est là justement la question que l'on doit se poser. Voici, selon notre avis, comment les symptômes de ce cas rare sont à interpéter. L'akinésie générale ainsi que les troubles de l'attention et de l'intelligence, indiquent une lésion du champ d'associations intentionnel, situé dans le lobe frontal. C'est ce trouble intentionnel qui conditionnait le composant aphasico-intentionnel. Les troubles de la compréhension, de même que la production de phrases courtes et dénuées de sens, quand le malade ne sait pas répondre à une question, font admettre qu'il s'agit ici d'une aphasie associative due à une interruption des voies associa-

tives reliant le champ de la parole au champ de l'idéation. En plus, il semble qu'il s'agit en même temps de la Ire forme de troubles de l'idéation, c'est-à-dire, d'après Goldstein, d'un trouble de la coordination des différentes idées en une pensée bien ordonnée. La différence de degré entre les troubles du langage spontané et ceux de l'écriture peut s'expliquer par le fait que les relations entre le lobe frontal et le champ verbo-moteur avaient plus souffert que les voies associatives reliant le lobe frontal aux images motrices de l'écriture. Ce cas vient donc corroborer la conception de Goldstein, qui prétend que l'écriture est indépendante du champ verbo-moteur.

En résumé nous considérons le cas Sittig comme une aphasie transcorticale motrice du IIe type combinée à une aphasie associative et à la Ire forme de lésion du champ de l'idéation. Cette interprétation cadre fort bien avec les résultats de l'examen anatomo-pathologique. La compression par la tumeur du lobe frontal entraîne les troubles de l'intention, tandis que la lésion des voies associatives reliant le lobe frontal et le lobe pariétal à l'insule est cause de l'aphasie associative.

Ce cas démontre de nouveau l'importance des symptômes d'aphasie transcorticale quant à la localisation des tumeurs cérébrales, le diagnostic de tumeur n'ayant pas été posé, vu le manque absolu de tout autre signe qui eût pu faire penser à l'existence d'un néoplasme.

Aphasie transcorticale mixte

Dr. Pachautoni, D. (Genéve)

Clinique psychiatrique et neurologique de l'Université de Halle.

Journal für Psychologie u. Neurologie 1910, p. 221.

Ein grosser Tumor der Häute über dem linken Stirnhirn

Vu l'ampleur du journal de la maladie, nous sommes obligé de ne reproduire que les troubles de la parole.

Hélène Sch., 63 ans, gouvernante, hospitalisée le 19 novembre 1907, morte le 24 octobre 1908. La parole spontanée est défectueuse et ne suffit pas pour établir l'anamnèse. La répétition même des mots difficile est assez bonne. La compréhension de la parole a un peu souffert. A la lecture, qui se fait assez bien, des mots sont omis. La malade trouve plus facilement les mots quand il s'agit de dénommer des objets se présentant à sa vue que quand elle doit exprimer spontanément ce qu'elle pense.

1er décembre 1907. La malade parle peu spontanément, elle parvient à signer de la main gauche des lettres que d'autres écrivent pour elle.

5 décembre 1907. L'évocation des mots est devenue beaucoup plus difficile, elle cherche ses mots pendant longtemps. Elle comprend beaucoup plus mal qu'avant, ne saisit pas les ordres compliqués quand ils ne sont pas énoncés lentement et distinctement. Elle n'est plus maîtresse de ses organes de la parole. Quand on la questionne il lui arrive de répondre par « oui » ou par « non » pour déclarer après qu'elle a dit le contraire de ce qu'elle pensait.

30 décembre 1907. La malade lit assez bien, ne commettant que de rares paraphasies, omettant un ou deux mots par-ci par-là. Elle lit de la même façon l'allemand, l'anglais et le français. L'évocation des mots n'est pas plus laborieuse pour l'une que pour l'autre de ces trois langues. Le caractère a sensiblement changé, elle montre de l'impatience, n'est plus aussi avenante, a souvent l'air emprunté.

30 janvier 1908. A pu nommer différents objets qu'on lui a montrés (clef, montre, plume). Pour un couteau et un porte-monnaie elle cherche un certain temps avant de trouver le mot. Dénomme presque toujours bien les images qu'on lui fait voir. Elle répète les mots qui ne sont ni trop longs ni trop difficiles. Son parler est paraphasique elle omet régulièrement quelques syllabes.

8 février 1908. Outre la paraphasie, on note aujourd'hui de la persévération quand elle parle et quand elle écrit.

20 février 1908. Semble parler avec plus de facilité quand elle est sous le coup d'une émotion, à part cela elle est incapable de former même une phrase courte. Elle ne saisit pas bien les ordres que l'on lui donne.

7 mars 1908. En parlant spontanément elle n'emploie que quelques mots et des phrases très courtes. Trouve très difficilement ses mots. Répète des mots simples et des phrases courtes. Quand les mots sont difficiles ou les phrases trop longues il y a de la paraphasie et des omissions. Lit assez bien l'allemand, l'anglais et le français à haute voix. Paraphasies et omissions fréquentes. Compréhension de la parole: Saisit bien les ordres simples quand ils sont donnés lentement et distinctement, les ordres compliqués ne sont pas compris. La compréhension de l'écriture est bonne.

15 avril 1908. La compréhension a sensiblement baissé dans les dernières semaines. Les paraphasies sont fréquentes. Des ordres simples comme par exemple celui de montrer les dents ne sont pas ou sont mal exécutés. La répétition des mots est devenue très difficile. La malade est très irritable. Plusieurs fois la nuit incontinentia urinae et alvi.

17 mai 1908. La parole spontanée est réduite aux seuls mots oui et non. Elle ne parvient à prononcer quelques mots que quand elle est fortement émotionnée. La dénomination des objets n'est presque plus possible. Il en est de même de la répétition des mots. A la lecture quelques mots sont prononcés correctement, le reste n'est que paraphasie inintelligible.

22 juin 1908. On lui dit: «Asseyez-vous sur le siège». Elle répète le mot: «siège», mais reste debout. Elle écrit spontanément de la main gauche son prénom: Hélène. Plus tard, aphasie totale; morte le 24 octobre 1908.

Examen anatomique: La tumeur est partie du tissu conjonctif de la pie-mère au-dessus de la deuxième circonvolution frontale gauche. Elle s'est propagée de tous les côtés et a poussé une mince languette qui atteignait presque le pôle antérieur du cerveau; mais elle s'est développée surtout vers la circonvolution centrale et vers la base. Refoulant la substance cérébrale elle a poussé dans la profondeur la deuxième circonvolution frontale et la circonvolution centrale fnférieure, éloignant l'une de l'autre la première et la troisième frontales, s'insinuant ainsi dans la substance cérébrale. L'écorce quoique amincie et atrophiée par endroits n'est détruite nulle part et se montre plus résistante à la pression de la tumeur que la substance blanche. La substance cérébrale ne paraît infiltrée nulle part. Aucun foyer de ramollissement dans la substance grise de l'hémisphère. Sur des coupes frontales on voit que le pôle postérieur de la tumeur est logé dans la profondeur du sillon interpariétal. L'insule est fortement comprimée.

L'auteur croit que les troubles aphasiques de la malade se sont d'abord présentés sous l'aspect d'une aphasie amnésique et évoluèrent vers une aphasie motrice incomplète. A l'ensemble de ces symptômes d'aphasie motrice incomplète sont venus s'adjoindre, petit à petit, des troubles d'aphasie sensorielle, de sorte qu'à un certain moment la malade présentait les symptômes suivants: Parole spontanée: abolie; répétition des mots: difficile et paraphasique; copie: paragraphique; compréhension de la parole et de l'écriture: gravement lésée. Ces troubles évoluèrent vers l'aphasie totale.

Selon notre conception la difficulté de trouver les mots et de parler spontanément n'est pas due à des troubles amnésiques. Nous étant déjà arrêté plus haut aux signes principaux de l'aphasie amnésique, nous n'y revenons que brièvement. L'aphasie amnésique n'intéresse que les mots concrets. Les malades atteints de ce genre d'aphasie parlent en phrases correctement cons-

truites et emploïent beaucoup de locutions de remplissage. Chez eux la parole spontanée est mieux conservée que la parole réactive, l'écriture est complètement intacte, de même que la compréhension. La malade, au contraire, accusait dès son hospitalisation une diminution de la compréhension de la parole. Le langage spontané était tellement troublé qu'il ne suffisait pas pour établir l'anamnèse. La parole initiative était plus atteinte que la parole réactive. La dénomination des objets était bonne, ce qui est le contraire de ce qui a lieu dans l'aphasie amnésique. Enfin, l'écriture avait souffert au même degré que le parler.

De même nous n'avons pu trouver dans le journal de la maladie aucune affirmation de ce que l'auteur avance quand il prétend, qu'à une aphasie motrice incomplète, qui existait d'abord, sont venus s'ajouter, après plusieurs mois, des troubles d'aphasie sensorielle. Au contraire, des troubles de la compréhension furent signalés dès le début sans avoir été, il est vrai, aussi importants que les troubles de la parole spontanée. Les troubles moteurs et les troubles sensoriels se développèrent de pair.

Selon notre manière de voir la malade présente les symptômes typiques de l'aphasie transcorticale mixte, causée par l'interruption des associations reliant le champ de l'idéation au champ de la parole. Au début l'affection était moins prononcée. La compréhension était moins gravement atteinte que la parole spontanée. Il ne faut pas oublier que le mécanisme de la compréhension des mots est différent de celui du parler spontané et que dans l'aphasie transcorticale mixte, selon les circonstances, c'est tantôt l'un tantôt l'autre qui est plus gravement lésé. Dans ce cas il est vraisemblable que c'est le siège de la tumeur, troublant probablement

les relations entre l'intention et le centre verbo-moteur, qui est cause des troubles plus prononcés du parler spontané.

On lit dans le journal de la maladie que la malade éprouvait de l'aversion quand elle devait parler. Plus tard les troubles transcorticaux moteurs et sensoriels augmentèrent avec le progrès de l'affection, sans que la lésion ne s'étende au champ central de la parole ni au champ de l'idéation ni au champ verbo-moteur, ce qui rendait possible la lecture et la répétition. A un moment donné, le champ de la parole (insule et circonvolutions avoisinantes du lobe temporal) est lui-même gagné par l'affection, alors apparaissent des troubles paraphasiques et paragraphiques, la lecture et la répétition deviennent de plus en plus difficiles.

Cependant le 22 juin, la malade est encore à même de répéter écholaliquement le mot « siège », ce qui indique que le champ de la parole n'était pas détruit, mais plutôt lésé fonctionnellement par suite de la compression. Cette interprétation cadre fort bien avec le résultat de l'examen anatomique: la tumeur dans son évolution sépara du champ de la parole d'abord le gyrus frontal, puis le gyrus central et le gyrus pariétal et plus tard comprima fortement l'insule.

En résumé nous considérons le cas Pachantoni comme une aphasie transcorticale mixte, due à une interruption des voies associatives allant du champ de l'idéation au champ de la parole, à laquelle vint s'ajouter plus tard une lésion du champ central de la parole lui-même.

Aphasie transcorticale mixte du IIe type

G. Mingazini

Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude des aphasies musicales et transcorticales. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie,* 1918. IIIe volume, 2e fascicule.

Veuve Galli, 82 ans, ménagère. Les renseignements anamnestiques donnés par les parents furent incomplets. Il paraît que la malade n'a pas contracté l'avarie et n'a jamais abusé d'alcool. N'était pas gauchère; parlait l'italien et le français; jouait du piano; savait lire les notes de musique mais pourtant ne savait pas les écrire. En 1912 ictus apoplectique suivi d'une parésie des membres droits qui régressa en partie dans la suite. Les parents remarquèrent aussitôt des troubles graves dans la sphère du langage. Quand la malade prenait en main pour les lire un journal ou une partition, elle disait « mais quoi... mais quoi... » faisant comprendre par des signes qu'elle ne comprenait plus. De plus il semblait qu'elle voyait mieux du côté droit. Prenant une plume en main pour écrire elle s'écriait « Je ne peux pas » et la laissait tomber. D'autre part elle comprenait tous les ordres même sans signes. Elle n'était plus capable de prononcer une phrase, à part quelques mots interjectionnels: « Je ne peux pas, mais quoi, ah! ah! » Ce n'est qu'après quelques années quelle recouvra la faculté de prononcer quelques paroles.

Au commencement il semble qu'elle avait perdu la faculté de jouer du piano. Elle distinguait parfaitement une personne de l'autre et montrait de la joie quand elle voyait quelqu'un de sa parenté. Il n'a pas été possible de savoir si elle reconnaissait les lieux et les rues. Quelquefois elle était inquiète et pleurait facilement. Voilà pourquoi elle fut amenée à la clinique en février 1916.

Examen du langage: Quand la malade cherchait à parler spontanément on note qu'avec des mouvements mimiques assez expressifs soit avec les bras ou avec la face, d'une façon

correcte et logique elle s'efforçait d'exprimer ses pensées. Parfois elle arrivait à faire entendre avec des gestes comment l'ictus s'était développé. Mais d'autre part tous ses efforts d'exprimer par la parole ses vœux et ses pensées n'aboutirent qu'à la prononciation de quelques syllabes: «ainsi - ainsi - Gallicosi», ou bien: «diable!» En voyant son fils, un prêtre, elle s'écria: «prêtre, prêtre, viens vers moi; po...po..., automobile, le carosse, moi riche...».

Répétition de la parole:

Demandes:	Réponses:
horloge	horloge
porte-plume	porte-plume
clef	clef
carte	carte
gomme	gomme
crayon	crayon.

Invitée à écrire, elle dépose la plume, faisant signe qu'elle n'y peut parvenir.

L'énorme réduction du vocabulaire apparaît surtout quand la malade doit dénommer des objets qu'on lui montre.

Dénomination des objets:

Demandes:	Réponses:
un crayon:	La malade fait un geste pour montrer qu'il sert à écrire, mais ne dit aucune parole.
la clef:	non, non, ainsi - Galli.
le porte-plume:	ainsi... ainsi... non... non... Elle montre par sa mimique qu'elle en reconnaît l'usage.

La malade comprend par la voie de l'ouïe la signification de beaucoup d'ordres élémentaires, mais demeure un peu incertaine quand ceux-ci sont plus compliqués, comme il en appert de l'examen suivant.

Demandes:	Réponses:
Fermez les yeux!	La malade exécute correctement.
Ouvrez la bouche!	La malade exécute correctement.
Levez le bras droit!	La malade exécute correctement.
Marchez!	La malade exécute correctement.
Allez prendre le siège auprès de la fenêtre!	Exécute l'ordre en partie; va vers la fenêtre, mais ne saisit pas la chaise, puis elle touche le siège mais ne le prend pas.

Allez prendre l'ombrelle! Exécute bien.
Remettez-la à sa place! Exécute bien.
Comment vous appelez-vous? Galli... ainsi... ainsi...

Répétait bien les nombreux airs de musique qu'on lui chantait, même quand on lui demandait de chanter par exemple un morceau d'«Aïda» ou de la «Traviata» sans lui en indiquer l'air, elle le chantait à haute voix sans se tromper d'intonation.

En chantant elle prononçait bien les premières paroles, mais, continuait l'air sans les paroles. Ne montrait aucune apraxie dans le maniement des objets. Distinguait bien une infirmière de l'autre, reconnaissait les personnes de sa parenté. Elle était orientée quand à son entourage, et faisait signe de vouloir quitter la clinique en disant: partir... partir...

La malade présentait donc des symptômes d'aphasie transcorticale mixte: Impossibilité presque complète de parler; quelques rares mots sont prononcés; alexie verbale et musicale, agraphie verbale complète. Il n'existait pas d'écholalie, l'intention de parler n'était pas du tout troublée.

Examen anatomique: Artériosclérose du cerveau. Foyer de ramollissement intéressant les circonvolutions temporales supérieure et moyenne, la circonvolution pariétale inférieure et les gyri marginalis et angularis de l'hémisphère gauche. L'examen histologique de la pars opercularis de Broca ne démontre aucune altération des cellules nerveuses.

Mingazini considère ces troubles du langage ordinaire que présente ce cas — nous n'avons pas à nous arrêter aux troubles d'aphasie musicale — comme aphasie transcorticale mixte du II[e] type, le langage spontané étant beaucoup plus gravement touché que la compréhension de la parole.

Nous nous rangeons entièrement de son côté.

Aphasie transcorticale motrice

Mingazini

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. 1915, 37.

CAS GIANULI

Depuis 4 ans, bien que comprenant toutes les questions qu'on lui posait et répétant tous les mots exactement ou avec paraphasie, le malade ne parvenait pas à proférer une seule parole spontanément.

Diagnostic: Aphasie transcorticale motrice.

Examen anatomique: Dans l'hémisphère gauche 3 foyers avec perte de substance: 1° dans la pars opercularis de F. 3, presque tout l'operculum, l'operculum du gyrus rolandique est détruit, la région prélenticulaire est indemne; 2° Un foyer dans le gyrus medius de l'insule intéressant également la partie moyenne de l'avant-mur, la capsule externe et interne jusqu'au bord externe du putamen; 3° Un foyer intéressant le cunéus, le troisième gyrus occipital et une partie du lobule lingual.

Aphasie transcorticale sensorielle. Type II

Mingazini

Cité au même endroit que le cas précédent.

CAS CONSTANTINI

Homme, 65 ans, légère insuffisance du facial inférieur. Démarche avec spasme. Hémianapsie homonyme latérale droite. Langage: Surdité verbale presque complète. Répétition bonne même pour mots longs et difficiles. Tendance à l'écholalie, vocabulaire restreint.

Diagnostic : Aphasie transcorticale sensorielle. Les symptômes positifs sont dus à des fonctions vicariantes de la part de l'hémisphère droit.

Anatomie pathologique. Hémisphère gauche: Ramollissement dans la partie moyenne du lobe frontal. La partie moyenne de la première, deuxième et troisième circonvolutions frontales (y compris l'extrémité antérieure du corps strié) ainsi que la première circonvolution temporale sont très réduites. La partie moyenne de T 2 est résorbée. Le deuxième gyrus occipital, le lobe fusiforme, le lobe lingual, la première et la partie moyenne de la troisième circonvolution temporale sont résorbées en grande partie. Les gyri temporaux transverses ont presque complètement disparu. Il n'y a que peu de fibres associatives conservées.

Ce cas, ainsi que le précédent, n'ont pas encore été publiés in extenso par Mingazini, nous nous contentons d'en faire mention sans les discuter, en admettant le diagnostic de l'auteur.

Aphasie transcorticale sensorielle

CAS MINGAZINI

Sui tumori del lobo temporale sinistro. Rivista di pathologia nervosa e mentale (mentionné dans la «*Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.*» Referat 5. 1912).

Homme de 66 ans. Etat confusionnel, parésie avec spasme léger des extrémités droites. Troubles du langage. Le malade ne comprenait pas certains mots, cependant il les répétait avec facilité quoique avec paraphasie. Le malade ne pouvait prononcer que quelques rares mots monosyllabiques Mort après deux mois.

Diagnostic: Selon Mingazini — Troubles aphasiques. correspondant partiellement au type de l'aphasie transcortale sensorielle.

Examen anatomique: Sarcome occupant en avant la substance blanche de la première et de la deuxième circonvolutions temporales, s'étandant en arrière jusqu'à la paroi médiane de la corne postérieure et comprimant vers le bas la corne inférieure.

Nous n'avons pas pu disposer de la publication originale de ce cas, ayant dû nous contenter du rapport qu'en a donné la revue citée plus haut, il ne nous est pas possible de discuter le cas, nous ne faisons que le mentionner à titre de documentation.

Aphasie transcorticale mixte. Type II

CAS STAUFFENBERG

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 1918. Band 39. Un cas d'aphasie transcorticale compliquée, avec examen anatomo-pathologique.

Le journal de la maladie étant très long, nous nous contenterons d'en donner ici un abrégé.

Anne Adam, en observation de mai à juillet 1914.

11 mai 1914. Ictus suivi d'une hémiplégie droite complète.

15 juin 1914. Psychisme. Se fatigue facilement, l'attention est difficile à fixer, elle ne peut suivre une conversation que peu de temps, l'attention se perd bientôt. Les réactions n'ont alors plus aucun rapport avec les questions. Elle entre alors dans un léger état de confusion avec exitation. D'habitude sa conduite est raisonnable, elle ne s'excite facilement que quand on ne la comprend pas. Elle prend part à tout ce qui se passe autour d'elle, s'intéresse apparemment à tout.

16 mai. Praxie: Des mouvements compliqués sont exécutés correctement. Quand la malade est fatiguée ses réactions deviennent absurdes et confuses, elle ne comprend alors aucunement ce que l'on veut d'elle. 12 mai. Compréhension du langage: elle tire la langue, donne la

main gauche promptement, enlève sa prothèse dentaire quand on le lui ordonne, l'ordre d'écrire avec la main gauche n'est pas exécuté. Invitée à se servir de la cuiller, elle la porte à la bouche. Sommée de retirer un crayon de la poche du manteau du médecin, elle prend une saptule, à la demande si la spatule est un crayon elle répond « oui », elle arrive à corriger cette erreur. On lui demande « avez-vous de l'appétit ? » elle répond : « J'ai déjà de l'appétit, bière, une fois fromage, ma mère, mère, mère, prier, souci, tacher ». « Que voudriez-vous manger ? » — « ma mère ». « Voudriez-vous un pavé ? » — « Ma mère ? » « Ne retiens jamais ». L'auteur croit que l'on peut parler d'un ralentissement léger et d'une inhibition légère de la compréhension de la parole.

Langage spontané : 25 mai. « Comment allez-vous ? » — « Je suis contente ».

10 juin. Le vocabulaire augmente chaque jour, elle répond quand on lui demande comment elle se sent : « Je vous remercie de votre attention, je vais mieux ». « Depuis quand êtes-vous ici ? » — « Ans 15, 20 ». « Comment vous appelez-vous ? » — « Confessez-moi comme, encore, Adam, Gruber, Fina ». « Souffrez-vous ? » — « Oui, non, non ». L'auteur résume ainsi les troubles du langage spontané : logorrhée, paraphasie surtout verbale, paraphasie littérale moins prononcée, manque de critique, le grand fonds de mots et de formules, l'énumération, l'embolophasie, le manque de troubles moteurs proprement dits, les phrases parfois correctes, tandis que le plus souvent la construction des phrases est gravement troublée pendant que la mélodie n'est pas atteinte. La dénomination des images ressemble au symptôme de Ganser, la malade donne des réponses à côté, ainsi elle dénomme une écrevisse un chien, pour chien elle dit lièvre, au lieu de corbeau elle dit vin, bière, thé, café, au lieu de montre elle dit alpinisme.

Examen de l'agnosie : L'examen est rendu difficile à causes des fausses réactions du langage.

La répétition des mots. A part quelques fautes paraphasiques la malade répète bien même des phrases compliquées et dont le sens lui échappe. Il est vrai qu'elle s'embrouille facilement surtout quand elle répète plusieurs fois. Des phrases insensées ou choquantes pour les malades sont

admises par elle sans critique, sans étonnement ni colère. Il ne peut pas être question d'un trouble de la répétition proprement dit.

Le choix des mots pour dénommer des objets donne une réaction juste dans 45% des cas. Les fausses réponses sont dues à la persévération ou à la paraphasie. Dans ce cas donc d'après l'auteur l'évocation des mots, comparée à la parole spontanée, se fait relativement bien.

Lecture et écriture. Tandis qu'au commencement elle ne peut pas lire du tout, elle reconnaît bientôt les mots connus, plus tard elle lit des phrases, il est vrai, en y estropiant les mots et en y intercalant des mots étrangers et des suffixes. Elle ne comprend pas ce qu'elle lit. Cependant elle saisit bien le rhytme d'une poésie, en dit bien le commencement mais continue le rythme sur un texte insensé et complètement paraphasique. Elle lit différents mots assez correctement quoique avec paraphasie. Souvent elle incorpore les mots qu'on lui fait lire, dans des phrases insensées et logorrhéiques, en y ajoutant toute sorte de syllabes. On n'arrive que rarement à la faire écrire, quand cela a lieu, elle écrit, sans prendre égard au texte, automatiquement: «Anna, Adam».

Les chiffres sont bien reconnus et bien lus.

En résumé on peut dire: la lecture n'est pas gravement troublée en elle-même, les différents mots sont optiquement bien conçus, correctement lus en partie, mais ne sont pas compris.

Calcul: les erreurs de calcul sont dues à une conception défectueuse. Ce n'est qu'après qu'on lui a plusieurs fois répété les données que la solution devient juste.

Enumérations: le «notre père» est bien récité, mais après l'amen de la fin, elle continue, sans transition, sur le ton de la prière, à dire: «prière, prendre soin». La plupart du temps il faut lui souffler. Comme le prouvent les nombreuses formules du langage spontané, le fonds des énumérations est assez abondant, mais il n'y a pas compréhension.

Examen anatomique de l'hémisphère gauche: Le cerveau ne présente rien d'anormal à l'extérieur. A la section on voit un grand ramollissement qui a détruit toute l'insule

antérieure et toute la partie externe du noyau lenticulaire (putamen) et qui s'étend à la substance grise de la région pré et supralenticulaire, à la partie supérieure de la capsule interne et à la partie antérieure du noyau caudé. La partie inférieure de F. 3 est ramollie, les fibres reliant le reste du pied de F. 3 au corps calleux sont en grande partie détruites. Il est sûr que les fibres, venant de F. 3 et de la circonvolution centrale, passant par la capsule externe et interne ou allant au noyau lenticulaire sont interrompues. La limite postérieure du foyer se trouve dans la région de la capsule interne rétro-lenticulaire, entre la queue du noyau caudé et la base du gyrus supramarginalis. Le lobe temporal est intact. Des sections en série montrent que des fibres partant de F 3 il n'y qu'une faible partie qui atteint le corps calleux, et que toutes les relations du lobe temporal au champ moteur sont détruites.

L'auteur considère ces troubles du langage comme une lésion mixte, sensorielle — motrice et associative — que vient encore compliquer une logorrhée.

Selon notre avis ces troubles de la parole offrent l'image typique d'une aphasie transcorticale mixte du II^{e} type, due à la I^{re} forme de lésion du champ de l'idéation, lésion qui consiste en ce que la formation des images et des idées reste relativement bien conservée, tandis que la coordination des différentes idées en une seule et même pensée est gravement lésée. Les troubles du langage présentent essentiellement de l'agrammatisme, de l'embolophasie et de la paraphasie verbale. Le parler spontané dans ce II^{e} type diffère fort de celui du I^{er} type de l'aphasie transcorticale mixte, où le trouble du langage spontané est dû à une lésion des voies associatives. Le vocabulaire est bien plus abondant dans notre cas, que dans le 1er type. De même la compréhension restée relativement bonne, malgré les fautes agrammatiques des productions du langage, est caractéristique pour ce II^{e} type.

La compréhension était correcte pour des phrases simples, il n'y avait que pour les constructions de phrases un peu plus compliquées qu'elle n'avait lieu que difficilement. Ces phrases étaient mieux comprises quand on les répétait plusieurs fois. La dénomination des objets et l'énumération étaient bien conservées. La compréhension de la lecture offrait les mêmes troubles que la compréhension de la parole. Ainsi les troubles du langage dans ce cas sont plutôt causés par une lésion générale de tout le cerveau que par un foyer localisé.

La logorrhée ne vient pas s'ajouter comme complication, mais elle est la suite du manque d'inhibitions qui n'ont plus lieu de la part du champ de l'idéation sur le champ verbal.

L'examen anatomique ne fait que corroborer notre manière de voir: Le foyer était constitué par une gomme ramollie dans la partie antérieure du noyau lenticulaire, il est facile d'admettre que tout le cerveau était lésé dans ses fonctions générales par suite de l'affection spécifique.

Aphasie transcorticale mixte. Type I

OBSERVATION PERSONNELE

de la clinique psychiatrique de l'Université de Strasbourg

(Directeur Mr le Prof. PFERSDORFF)

Homme de 59 ans, dessinateur, qui fut toujours bien-portant. Pas d'antécédents vénériens, pas d'abus d'alcool tabac en quantité moyenne. Il y a 2 ans en traitement pour une sciatique droite. Sa maladie actuelle remonte il y a 6 semaines, début insidieux. Déjà en été de l'année courante il se plaignait souvent de bourdonnements d'oreilles et de maux de tête, surtout dans la région frontale gauche. Sa

famille s'apercevait qu'il avait une certaine difficulté de trouver les mots, cependant il se rendait bien compte de l'usage des choses. En même temps une parésie du côté droit se développait (extrémité sup. et inf.). Il n'eut jamais des troubles des sphincters.

Le malade est droitier.

Etat actuel (27. 10. 20):

Homme de taille moyenne, en bon état de nutrition et de développement. — Coeur, poumons et organes abdominaux s. p.

Hémiplégie. — Il subsiste peu de chose de l'hémiplégie ancienne. En marchant le malade traine encore un peu la jambe droite, serre bien les mains, a conservé toute sa force. La sensibilité, partout assez obtuse, est cependant moins nette qu'à gauche.

Réflexes: crémastériens +, des parois abdominales + à gauche, — à droite, rotuliens faible + à gauche, plus vif à droit, achilléens +, Babinski et Oppenheim —, réflexes périosteux et tendineux des extr. sup. et inf. s. p.

Il n'y a pas de paralysie faciale. Le réflexe pharyngé est aboli. Pas d'hémianopsie; les yeux peuvent être formés isolément.

Examen du fond d'oeil:

Pupilles rondes, égales, réagissent normalement. Stase papilaire peu prononcée, plus forte à gauche qu'à droite. Champ visuel paraît normal pour le blanc, pour le bleu retrésissement concentrique en dedans du rouge. Sens des couleurs normal. Acuité visuelle $^5/_5$ des deux côtés.

Urines: Alb. —, Sucre —, Réaction acide.

Tention artérielle 85/125 mm Hg. (R. R.), Pouls très lent, régulier, ample 52 à la minute.

Examen de l'aphasie:

Le malade se laisse volontiers examiner et même manifeste un intérêt amusé. Les questions ont été posées en alsacien.

1° Parole spontanée (29. 10. 20):

Racontez comment vous êtes tombé malade, à quelle époque êtes-vous tombé paralysé?

„Ja, in der — in der delara, Küsse stammt von Kuss und doch bin ich nicht im Ding!"

Comment allez-vous?

„Sie gehen, oui Monsieur!"

Où habitez-vous?

„In der, wie wenn man's Ding nicht kennt und ist dennoch!"

Quel est votre métier?

„Je suis . . ." (de la main gauche il fait un mouvement insignifiant).

Etes-vous marié?

„Je suis, non ich habe 5 Kinder!"

Quel nom a votre femme?

„Meine Brüder, das Ding ist!"

On lui dit d'écrire le nom de sa femme, il écrit „Mariie"

Combien d'enfants avez-vous?

„Ich habe zwei und ich weiss das Ding" (mais montre en même temps de la main 3 doigts).

L'intonation manque d'expression de sorte qu'on a l'impression que le malade ne comprend des fois pas ses propres paroles. Il ne parle presque pas spontanément.

2° Compréhension des ordres:

Le malade exécute cinq mouvements ordonnés comme se lever de sa chaise, de fermer la porte, de me tourner le dos, de venir vers moi et de se remettre sur la chaise.

On lui dit: „tirez la langue!" — Il faut répéter plusieurs fois cet ordre pour qu'il soit exécuté. — „Fermez les yeux!" — le malade n'arrive pas à le faire. — Il ne comprend pas le mot „Tintenfass" (encrier). Quand on lui a montré l'encrier et ordonné d'en fermer le couvercle, le malade répond: „ja ich mache es zu" (oui, je le ferme), mais ne fait aucun mouvement d'exécution. Par contre il exécute de nouveaux les ordres suivants: Touchez votre nez de la main droite — touchez votre oreille gauche de la main gauche —, cependant en lui ordonnant de toucher de la main droite son oreille droite, le malade gesticule avec la main gauche entre nez et oreille en faisant des mouvements de la tête.

L'épreuve des trois papiers est exécutée incorrectement par le malade. (chiffoné le grand papier et jeter par terre, le seconde sans être chiffoner me doit être donné, le troisième est mis dans la poche.)

Je lui ordonne de frapper ainsi que moi les rythmes suivants:

— — — +
— +
— — +
— — — —. +
— — — — cette fois le malade se trompe,
il repond — — — — —
— — — — +

En tout le malade exécute ses ordres d'une façon très satisfaisante, ce que prouve l'exemple suivant, exécuté correctement après un moment d'hésitation: Je frappe 3 fois avec le poing sur la table, je trace avec l'index de la main droite deux cercles au mur, je prends la plume en main et je m'installe pour écrire.

3⁰ Parole répétée:

Les épreuves ont été faites du 29. 10. au 4. 11. journellement. Jamais le malade n'a fait défaut.

Il répéte correctement les voyelles et consonnes.

a +, e +, i +, o +, u +, ae +, eu +, oi +, ei +, ao +, ou +, ui +, x +, p +, s +, m +, t +, k +, b +, r +, w +, q +, f +, g +.

La répétition des mots se fait sans difficulté, en générale les mots sans sens sont aussi bien répétés que les mots, qui ont une signification. Nous faisons suivre quelques exemples:

Napoléon +
Clémenceau +
Hindenburg +
Amsterdam +
Regensburg +
Bordeaux +
Rastatt +
Deodogabal +
Abamantur +
Il fait chaud +
Pétain +
Foch +
Armentières +
Würzburg +
Konstantinopel +
Bleikastel +
Kaiserslautern +
Kirkilisse +
Gaurisankar +
Avez-vous soif? +

Folia uvae ursi +	Ipeca +
Tenantepee +	Ursula +
Hauptbahnhof +	Gepäckträger
Elisabeth +	Generalvikar +
Citadelle +	Lohnkutsche +
Turnverein +	Hosianna +

En lui demandant, si l'interrogatoire le fatigue, il me répond promptement: „pas trop!“ — La compréhension et la répétition sont donc bonnes. L'ouïe est exellente.

4° Dénomination des objets:

Je présente au malade un album avec nombreux images. Les lui montrant, il me répond:

Un enfant — „je ne sais pas comment on l'a pris“.

Un homme adulte — „ich meine immer, Wörter sollte ich gut genug machen, es geht nicht“.

Un soldat — „c'est pour le patron“.

Un garçon — „Sapperlot, er ist da daher“.

Une cuisinière — „ich weiss nicht“.

Un tonnelier — „ich weiss nicht, was es für Dinger sind“.

Un apprenti — „ich weiss nicht, was es für Dinger sind“.

Une trompette — „J'sais pas“.

Un moulin à vent — „das Ding da“.

L'épreuve dans le sens inverse, c'est-à-dire en lui nommant les objets, réussit bien mieux. Le malade arrive à montrer les objets, cependant il lui faut un certain temps. (Y aurait-il cependant quand-même des troubles du champ visuel?)

5° Objets et images à nommer:

Notre malade peut montrer de trois objets présentés (couteau, plume et clef) chacun, mais ne peut prononcer les mots spontanément.

Est-ce un couteau?

„Couteau, oui!“

Est-ce une plume?

Il fait de la main un mouvement d'écrire et dit: „plume, oui!“

Est-ce une clef?

„Das ist (une clef?) oui!“

Est-ce un oeil?

„Das ist also —“

Est-ce une main?

„Das ist, das gehört auch (main) oui!“

Est-ce un ramoneur (Kaminfeger)?

„Das ist ein Kaminfeder“.

Spontanément le malade dit: „Jetzt fängt es an zu gruseln!“

Etes-vous fatigué?

„Sie können es aufstecken, wenn Sie wollen, aber wenn Sie nicht wollen —“

(L'examen est continué le lendemain.)

6° Enumérations - Mots en série (30. 10. 20):

Le malade ne peut commencer seul d'énumération des jours de la semaine, mais dès qu'on lui donne le „lundi“, il continue: „Montag, Dienstag, dann haben wir gehabt Mittwoch . . . Freitag“.

Dites-moi les jours de semaines maintenant en français!

„Lundi, mardi, jeudi“, puis il finit par dire „dimanche“.

Nommez-moi les différents mois de l'année!

„Janvier, Hornung-Mai, Mai also der ist Hornung, dann kommt Hornung, nein dann kommt auf“.

Il n'est pas capable d'énumérer ses différents nombres de la famille. Le malade compte jusqu'à cinq, puis il recommence un, deux, trois et casse de parler.

L'alphabét est exécuté jusqu'à la lettre e. L'exécution de „Notre Père“ en allemand varie. La première fois il est récité correctement jusqu'à „unsere Schulden und jetzt geht's schon nicht“. On lui aide, il recommence jusqu'à „führe uns nicht in Versuchung“. — La seconde fois l'exécution va beaucoup plus mal, il ne réussit que jusqu'à „zu uns komme Dein Reich“, il recommence „geheiligt ist nur Dein Name, gemeint nein, also sie nehmen, in ein, enfin —.“

En français l'exécution fut positive jusqu'à: „pardonnez-nous nos offences, sans cela . . .“

7° Chant:

Distinguons ici le mode d'examen suivant:

a) Chant spontané avec ou sans paroles.

b) En répétant idem

c) En sifflant (siffler avec ou sans l'air).

Le chant spontanément sans paroles est exécuté assez correctement. Exemple:

Sänger vom Finsterwalde +
Carmen +
Morgenrot +
Loreley +
Madelon +

La Marseillaise entièrement avec bonne intonation. Il est incapable de nommer le titre spontanément. Quand on le lui dit, il répond affirmativement. Le chant répété est correcte, naturellement l'épreuve a été faite qu'avec des chansons ou mélodies connues. En sifflant il peut reproduire toute mélodie commencée très correctement dans la plus grande partie des épreuves.

8⁰ Lecture:

P = p, U = u, O = o, D = d, J = j, H = h.

La plupart des lettres isolées sont bien lues. Il présente plus de difficulté en lisant des mots entiers ou même des petites phrases.

Strassburger Neue Zeitung bien lu.

Il existe une différence considérable entre la façon dont les mots sont compris selon le malade les lit ou les entend prononcer. On lui donne à lire par exemple: Donnez-moi la main gauche — il dit „donne moi la mains gauche" —, mais ne fait aucun mouvement. On lui dit alors verbalement de me la donner, ordre auditif, qu'il exécute aussitôt. — Faites, ce qui est écrit! — On ne peut rien obtenir.

9⁰ Calcul:

Il reconnaît bien les chiffres (1—10) et sait compter les points d'un dé. Il représente sur ses doigts ces différentes valeurs et peut désigner la plus forte entre elles. L'addition des tout petits nombres simples est possible, ce que prouve les exemples suivants:

2 + 2 = 4; 2 + 3 = 5; 1 + 2 = 3; 3 + 3 = 6; cependant dès que les chiffres deviennent un peu plus compliqués, le malade fait défaut.

4 + 7 = „man weiss, aber traut's nicht sagen".

6 + 5 = 10 — „non, ich weiss, aber . . . (11?) — oui".

La soustraction et la division sont impossible; et dans la multiplication, seul les opérations très faciles sont réalisables.

1 . 1 = 1; 2 . 2 = 4; 2 . 3 = 6; 3 . 3 = 9; 3 . 4 = 12.
2 . 4 = 8; 3 . 6 = 18; 3 . 7 = 21; 4 . 8 = sagen wir 28.
3 — 2 = 0; 5 — 2 = „ich weiss, aber . . .“
6 : 3 = „das ist 10, nein! es müsste 3 . . . 3 . . . stehen“.

10° Ecriture spontanée:

L'écriture spontanée fait complètement défaut chez notre malade. Quand on lui dit d'écrire son nom, il ne réussit qu'incomplètement.

Au contraire quand on lui présente son nom tracé sur du papier en caractères typographiques, il le lit et le reconnaît comme le sien. Ayant son nom écrit devant lui, il ne réussit pas à l'épeler. Il dit „Brodhdao“.

11° Dictée:

On dicte au malade quelques mots, mais il ne semble pas les comprendre. Il ne fait aucun essai; d'autres fois il ne figure que des lettres ou apparences de lettres sans suite. En bien insistant, il écrit sous dictée correctement et sans faute un mot.

12° Copie:

On a lors de chaque examen noté les mêmes particularités dans la copie. L'imprimé est copié en cursive mais certaines lettres sont de ci de là dessinées en imprimé au lieu d'être transcrites en cursive. On a certaines difficultés à faire comprendre au malade, ce qu'on veut de lui. Ce n'est qu'après plusieurs répétitions de l'ordre à exécuter, qu'il s'y met.

13° Dessin:

Spontanément le malade ne produit rien et ne reconnaît rien. Le modèle simple est copié fidèlement, mais avec une certaine maladresse (pour un dessinateur de profession). On lui demande de dessiner un triangle, un caré, une bague, une épingle de cravatte. Pas d'exécution. Je le dessine et le fait copier. L'exécution est médiocre et point ne serait besoin de savoir dessiner, pour faire beaucoup mieux. — Il y a égale-

ment intérêt à tenir compte ici de l'attention du malade. Après quelques instants une autre épreuve est bien exécutée. Dans ce but nous faisons recopier au malade des dessins faits de traits assemblés. La recopie est correctement exécutée.

13a Copie de dessins faite assez correctement.

14⁰ Couleurs:

Les couleurs sont correctement moutrées et isolées, sans hésiter.

jaune +	rouge +	brun +	gris +
bleu +	noir +	violet +	marron +
vert +	blanc +	orange +	grenat +

En lui présentant une teinte quelconque, il ne peut trouver spontanément la dénomination.

15⁰ Mimique:

La mimique semble être conservée. Le malade dit oui et non de la tête. Il exécute plus ou moins bien les gestes que l'on fait devant lui; mais on ne peut rien obtenir en demandant l'expression d'une action quelconque ou d'un sentiment. L'imitation du geste est du reste maladroite. Spontanément le malade exprime sa gaîté par un rire normal. Mais pour dépeintre son métier, parler de sa vie passée, les gestes lui manquent totalement.

L'attention est très bonne, il s'intéresse à ce que l'on fait pour lui. Il semble être satisfait.

16⁰ Associations d'idées (Jung-Ricklin) 31. 10. 20:

Weihnachten? — „Es ist eine, muss man sagen, enfin".

Sonntag? — „Sonntag freilich, es ist eine natürlich".

Winter? — „Es sind Winterer".

See? — „See, das ist also Seek, erste stech, sacrématin".

Schüler? — „Eine, ich hab's, also —".

Vater? — „Vater, das ist alleweil, es ist gut, sie ist".

Tisch? — „Also wenn man jetzt schreibt, wo ihr lest, dass man ihm etwas schuldig ist, so müsst ihr Ding auch haben".

Kopf? — „Kopf, ja das ist, das ist einer, kann ich nicht".

Nadel? — „das ist derjenige Mann, ich weiss nicht".

Brot? — „Brot, hm . . . ich weiss, wartet jetzt nur, ich muss".

Lampe? — „Ja, oui, man soll mich, enfin".

Baum? — „Was, ja meinen Sie, er muss doch dem Ding, jetzt."

Berg? — „Berri, non Berg, das sind dort, ich gehe dazu".

Heft? — „Habt ei, ei, ei, ich weiss nicht gut".

Papier? — „Papier, Sie haben eines, Sie haben jetzt".

Buch? — „Buch, ja, ja ich weiss, was ist, man lässt".

Schule? — „Wenn's gute Sachen gibt, sehr".

Singen? — „Singen, der, sie können, ich sag's ja".

Ring? — „Nein es soll".

Zahn? — „Hm! Hergott im Himmel, es ist aber, ich, wenn ich das Ding, ich denk's beim Dings schreiben über das Schreiben".

Fenster? — „Was kann . . .".

17⁰ Apraxie:

Le malade est dans l'impossibilité de faire sur invitation les mouvements suivants: battre le tambour — de tourner la main dans le sens du quadrant — de faire signe de la main etc. — S'il réussit une fois par hasard il persévère dans ce mouvement (persévération). Le malade est donc dans l'incapacité de traduire en mouvements le but proposé ou voulu.

Examen du 2. 11. 20:

1⁰ L'orientation fait aujourdhui défaut: Quel jour sommes-nous? Il réfléchit, mais ne sait que dire. (1921?) „non", (octobre 1920?) „oui".

2⁰ En lui montrant des objets, il ne réussit pas à les dénommer. (plume?) — (clef?) — peut montrer ce que l'on fait avec la clef. — (chapeau?) — (livre?) — „das sind Dings da, ein Sergeant".

3⁰ Aujourdhui le malade lit et écrit très défectueusement.

4⁰ **La répétition des mots** se fait sans difficulté:

ri +	tartare +	Varsowie +
rideau +	tartan +	Alexandrow +
rival +	tartine +	Constantinople +
rivoli +	tartelette +	Cottbus +
ripolin +	Emil +	Nancy +
ridicule +	Lunéville +	Amsterdam +
ritournelle +	Cottbusgerpostkutscher +	

5° Le chant est exécuté comme lors des premiers examens. Il chante la Marseillaise avec bonne intonation jusqu'à la parole „jour", et puis il continu jusqu'à bout en murmurant. Il siffle bien les couplets et airs d'opérettes. — Il sait assez bien les airs, mais les paroles sont souvent méconnaissables. Il faut en général lui commencer l'air, le mettre en train, lui souffler, le tenir en haleine, le relancer. Généralement il donne l'air, mais pas les paroles.

6° Le calcul est impossible. Quand on montre un chiffre quelconque, isolé, il s'éfforce de le reproduire avec ses doigts en tant que dessin, mais jamais il ne cherche à en donner directement la valeur. Ainsi pour 4, il met un doigt en l'air, essaye à en rassembler les 4, mais s'arrête subitement.

7° Je lui dit d'écrire son nom, il hésite, tourne plusieurs fois le crayon en main et fait les lettres suivantes:

„Broha Strasbug"

Dessinez-moi un cheval! — incorrectement.

L'état général du malade est bon. N'a pas eu de vomissements, pas de troubles des sphincters.

Examen du 10. 10. 20:

1° Enumérations:

Dites-moi les jours de semaine!

„Montag, Dienstag, Mittwoch, es ist jetzt . . .".

„Notre Père" — positif jusqu'à „unsere Schulden und führe uns . . . jetzt bin ich herausgekommen".

Les noms des mois, même après lui avoir prédit janvier, février, ne sont aujourdhui pas produits.

2° Parole répétée:

Constantinopel +	Neuenburg +	Würzburg +
Kirkilisse +	Amenhotep +	Gaurisankar +
Nebukadnezar +	Pharo +	Abraeada +
Valencienne +	Epilepsie +	Guadeloupe +

3° Dénomination des objets:

Waldhorn? — „Das ist, wenn sie als, es . . ."

Beisszange? — „Das ist — nein, Beisszange heisst es".

Répétez le mot dit il y a un instant. — Le malade ne peut répéter le mot prononcé il y a quelques secondes, qu'avec grande difficulté.

Leiter? — „Das ist“ — (Leiter?) — „c'est ça“. Il prononce le mot „Leiter“ (échelle) d'abord comme „Leifer“, ensuite il le dit correctement, cependant le malade est incapable de se servir du mot, lorsqu'on lui présente l'image d'une échelle.

4° Apraxie:

On donne les ordres suivants:

Lever les deux bras! —

Battre le tambour! — „Soll ich trommeln?“ — ne fait rien.

On lui montre le geste demandé. Il l'imite, mais d'une façon maladroite. La main gauche est mieux utilisée.

Touchez votre oreille droite de la main droite —

Touchez de votre main gauche le nez +

Les mouvements comme se lever, s'asseoir, de marcher, de revenir etc. sont correctement exécutés.

5° La dictée ne fait aujourdhui aucune difficulté, tandis que l'écriture spontanée est impossible.

JOURNAL

8 novembre. Les selles et les urines vont dans le lit, le malade est peu accessible. Pouls 62 min. Réaction de Wassermann dans le sang: négative.

10 novembre 1920. Va spontanément sur le W.-C. ne parle guère spontanément. Signe de Babinski douteux à droite. Les réflexes des parois abdominales manquent à droite pos'tifs à gauche. Réflexes crémaster. + réflexes cornéens positifs de deux côtés. Percussion de la tête non douloureuse.

11 novembre 1920. Transféré à la clinique chirurgicale salle 207 pour opération.

12 novembre 1920. Trépanation du crâne à gauche.

1er décembre 1920. Suite de l'opération: pas de fièvre; un prolapsus du cerveau assez fort se développe recouvert par l'aponévrose et la peau. Aphasie presque totale. Le malade ne profère que les mots «so hus» parfois il comprend ce qu'on lui demande: par exemple «mettez la main gauche à l'oreille droite» ou «main gauche au nez» mais il exécute rarement ces mouvements. Paralysie des sphincters, incontinence des urines et des selles.

9 décembre 1920. Revient de la clinique chirurgicale; état comme sous le 1er décembre; decubitus au-dessus du sacrum. Bain prolongé.

27 décembre 1920. L'escarre est en train de guérison le prolapsus devient plus grand et plus tendu; la peau au-dessus est devenue plus bleuâtre et cyanotique. Une ponction ne ramène pas de liquide; le ventricule n'est pas à atteindre. Comprend quelques mots, ne répond que hà, hu, sô.

18 janvier 1921. Pas de changement de l'état, ne peut pas parler, exécute quelquefois quelques mouvements qu'on lui ordonne. Le prolapsus augmente toujours, il soulève déjà le pavillon de l'oreille. Le soir température un peu au-dessous de 38°.

25 février 1921. Même état d'aphasie totale; l'hémiplégie du côté droit persiste; les membres à gauche et le thorax sont atrophiques, quelques escarres.

Le prolapsus augmente toujours. Urines: alb. — sucre —. Tension artér. 115/65 m. m. Hg. (R. R.).

23 mars 1921. Ponction faite à la clinique chirurgicale. Les ponctions profondes du prolapsus ne ramènent que quelques gouttes de sang. En avant on retire dans une profondeur de 2 cm. du pus d'une mauvaise odeur, on retire 5 cm³. A l'examen microscopique on trouve des masses de graisses et des leucocytes en partie détruites.

25 mars 1921. Le prolapsus a augmenté depuis la ponction.

26 mars 1921. Du pus verdâtre s'écoule de deux petites ouvertures du prolapsus qui se sont formées ce matin.

14 mars 1921. L'écoulement purulent persiste, il est un peu moins abondant que lors du commencement, odeur fétide du pus. Le volume du prolapsus ne diminue pas.

8 avril 1921. L'écoulement est depuis deux jours très abondant, c'est du pus verdâtre, d'une mauvaise odeur. Pas de température. Le prolapsus est beaucoup moins tendu. Etat général pas modifié.

14 avril 1921. La tumeur a diminué de tension depuis l'écoulement du pus qui paraît venir d'une certaine profondeur.

Respiration accélérée; le malade a la déglutition difficile depuis quelques jours. Déviation conjuguée des yeux vers la gauche.

15 mars 1921. Température 39°. Respiration 60/min. pouls pas comptable. Dans l'agonie tic de la bouche vers la gauche.

16 avril 1921. Autopsie: Suppuration secondaire dans le prolapsus. Tumeur du lobe temporal gauche, dure, envahissant jusque dans l'os.

Examen anatomique: A l'examen extérieur de l'hémisphère gauche on aperçoit au niveau de la trépanation un grand prolapsus, qui intéresse presque la totalité des circonvolutions pariétales. Le prolapsus s'étend du genou de la scissure de Roland en avant, jusqu'à l'extrémité postérieure du gyrus angularis en arrière. Vers le haut il ne laisse indemne que la moitié inférieure du lobule pariétal supérieur, tandis que vers la bas il s'étend jusqu'à la scissure de Sylvius. La circonvolution pararolandique qui est aplatie dans sa partie inférieure, région de la face et de la langue, est flasque et mince comme du papier. Les autres circonvolutions du lobe frontal ainsi que le lobe occipital ne présentent aucune lésion à l'extérieur. Le lobe temporal a entièrement disparu il est entièrement remplacé par une tumeur grise et dure. La fosse de Sylvius est remplie par la tumeur dont l'extrémité antérieure pénètre dans la profondeur de la pars orbitalis de la IIIe frontale. Les lèvres de la branche postérieure de la scissure de Sylvius sont adhérentes et ne peuvent être écartées afin de voir l'insule. Au tiers moyen de la tumeur, la dure-mère épaissie lui adhère fortement ne formant qu'une masse avec elle. Vers l'arrière le néoplasme s'étend jusqu'à 1 centimètre en avant du lobe occipital. Là commence à réapparaître la structure cérébrale et la tumeur semble se perdre dans la profondeur. La face inférieure du cerveau montre également que la tumeur s'est substituée au lobe temporal tout entier, extérieurement elle ne s'arrête qu'à 1 cm. ½ en avant du lobe occipital. La face médiane de l'hémisphère gauche montre que la partie moyenne du lobe temporal — le gyrus fusiforme et de hyppocampe — est remplacée par la tumeur. Le ventri-latéral a complètement disparu, sa paroi latérale et son plancher constitués par le corps strié, font saillie au delà de la ligne médiane. Les autres circonvolutions de la face médiane ainsi que le corps calleux ne sont pas touchés.

En faisant des coupes frontales (verticales, transversales) on peut suivre l'étendue que la tumeur a prise dans la profondeur. Le néoplasme est de forme ovoïde dont le grand diamètre antéro-postérieur va du centre ovale de la partie orbitaire de la IIIe frontale, jusqu'à la corne postérieure, là où commence le lobe occipital. Le plus grand des diamètres transverses de la tumeur se trouve sur une coupe passant par la sillon de Rolando. Sur cette coupe on voit qu'il n'y a que la partie supérieure de la circonvolution pariétale supérieure et la circonvolution médiane qui ont été épargnées par la tumeur. Le néoplasme partant de la partie antérieure du lobe temporal a détruit successivement l'insule, l'avant-mur, la capsule externe, le noyau lenticulaire, la capsule interne et la plus grande partie du noyau caudé. La partie interne de ce dernier est refoulée par la tumeur et forme une saillie convexe sur la face médiane de l'hémisphère. Il n'existe plus de cavité ventriculaire. La circonférence de la tumeur diminue de plus en plus vers ses deux pôles, pour finir au deux points indiqués plus haut.

De la part de l'hémisphère droit il n'y a rien à signaler à part une dilatation du ventricule latéral et de la corne inférieure.

L'examen histologique de la tumeur, fait par M. le professeur Masson, a montré qu'il s'agit d'un glioendothéliome, partant d'une hétérotopie de tissus glial dans la dure-mère, et ayant envahi le lobe temporal.

Les troubles du langage, dans notre cas, offrent l'image typique d'une aphasie transcorticale mixte. Le malade ne parle pas du tout de sa propre initiative. Quand on le sollicite il répond en phrases courtes et dénuées de sens, n'ayant aucun rapport avec une idée. Pfersdorff a rendu attentif à la ressemblance qu'ont ces productions verbales avec le langage automatique dans les psychoses. L'énumération est en partie conservée. La compréhension est moins atteinte que la parole spontanée. La répétition des mots se faisait prompte-

ment, plus tard elle était parfois paraphasique. Cet ensemble de symptômes ne trouve qu'une explication partielle dans une interruption des voies associatives reliant le champ du langage à celui de l'idéation. L'abolition presque totale du langage spontané, alors qu'au contraire la compréhension était relativement bien conservée, indique qu'il existait en outre une lésion légère du champ verbo-moteur ou un léger trouble de l'intension de laquelle partent des impulsions vers le centre moteur. Les foyers anatomiques auxquels, en présence de ces symptômes, on doit s'attendre, sont, d'après Goldstein, les suivants: un foyer dans le lobe temporal gauche qui laisse intacte la région de la surdité verbale et le champ central de la parole, et un foyer dans le lobe frontal ne lésant que légèrement ou pas du tout l'aire de Broca.

Si nous revenons à l'étude anatomo-pathologique de notre cas, nous voyons que les lésions théoriquement présumées cadrent fort bien avec la marche progressive de la tumeur. Le néoplasme est parti du bord antérieur du lobe temporal gauche. Pendant l'évolution de la tumeur il y eut probablement un moment où il existait une légère aphasie transcorticale mixte qui se traduisait surtout par une difficulté de trouver les mots, ainsi qu'on peut le lire dans l'anamnèse. Plus tard, lorsque, la tumeur ayant grandi, son pôle autérieur vint opérer une pression sur la F 3, à l'aphasie transcorticale mixte vint s'ajouter une lésion de l'intention, qui provoqua des troubles particulièrement graves du langage spontané. Ainsi ce cas doit être considéré comme aphasie associative combinée à une aphasie transcorticale motrice. Il est aussi possible que chez notre malade la répétition des mots se faisait encore, après que tout le lobe tem-

poral avait été détruit, par l'intermédiaire du champ de la perception acoustique droite qui aurait remplacé celui de gauche. Nous ne possédons aucun indice nous démontrant par lequel des deux hémisphères se faisait la répétition des mots, car nous ignorons où en était l'évolution de la tumeur quand le malade était encore à même de répéter, et à quel moment la répétition devint impossible.

Ce cas démontre de nouveau l'importance de l'étude des syndromes transcorticaux pour le diagnostic de localisation des tumeurs du lobe temporal ou du lobe frontal gauche. Car chez notre malade il n'existait, en dehors des troubles aphasiques, aucun autre signe qui aurait pu servir à localiser la tumeur.

Avant d'aborder l'épicrise de ces cas d'aphasie transcorticale avec examens anatomiques nous voulons brièvement passer en revue quelques principes élémentaires généraux sur le mécanisme des fonctions du langage d'après Goldstein sur lesquels nous nous sommes basés dans les considérations des cas.

Goldstein distingue dans le langage: 1° Images sensorielles (acoustiques et optiques) des impressions verbales (Spracherlebnisse). 2° Images motrices (des mouvements verbaux et graphiques) des impressions verbales. 3° Images non sensorielles, les représentations verbales (Sprachvorstellung).

Pour le champ acoustique sensoriel ou champ de la perception, le lobe temporal gauche ou les deux lobes temporaux entrent en ligne de compte. L'endroit le plus essentiel est apparemment la moitié postérieure de la première circonvolution transverse.

Quant au champ moteur de la musculature verbale, c'est surtout la part triangulaire et operculaire de la circonvolution frontale inférieure et des parties anté-

rieures de C a (F 4), le bord inférieur de la 2e circonvolution frontale, peut-être aussi des parties antérieures du cortex de l'insule, qui entrent en ligne de compte.

Pour le champ sensoriel optique du langage il faut envisager le champ de perception optique des systèmes de fixation graphiques (graphische Merksysteme), le centre de la main droite.

Les images non sensorielles, des représentations verbales, sont localisées dans un centre correspondant au champ idéatoire (Begriffsfeld), dans le champ verbal central.

Pour le champ verbal central Goldstein réclame envisager le champ de perception optique, pour les systèmes de fixation graphiques (graphische Merksysteme), le centre de la main droite vient en ligne de compte.

Les voies d'association entre champ verbal et champ d'idéation

Le mécanisme de l'association du langage est en double relation avec les fonctions cérébrales non verbales. Lors du langage spontané le mécanisme verbal est excité par le cerveau non verbal, le champ idéatoire. Lors de la compréhension c'est le champ idéatoire qui est excité par le champ verbal. Les troubles de ces processus jouent le rôle principal dans les aphasies transcorticales.

Le langage spontané

Il faut distinguer deux processus élémentaires différents dans le langage spontané:

1° Les relations associatives entre les impressions physiques non verbales, qui sont le point de départ du langage spontané, et les représentations verbales.

2° L'acte moteur. Les relations entre les processus psychiques non verbales et les représentations verbales est la base du choix de mot ; c'est de lui que l'excitation de la motricité (Sprachmotorium) prend son départ, qui ne provoque le langage effectif que quand une impulsion intentionnelle va du champ idéatoire au champ moteur.

Mécanisme de l'excitation dans le langage spontané

Dans le langage spontané l'excitation commence dans le champ idéatoire ; de là ce sont d'une part les représentations du champ verbal central correspondantes aux pensées qui sont excitées et en même temps sont excités les champs moteurs et sensoriels correspondants. Simultanément il y a une excitation de ces régions cérébrales, dont le processus psychique parallèle nous devient conscient comme « volonté vers la motilité » et de là la vague excitante afflue dans le champ moteur en renforçant les processus excitants dans les terrains déjà éveillés. C'est nullement alors que l'action motrice a lieu.

Mécanisme de l'excitation dans le langage répété

Dans le langage répété l'excitation part du champ acoustique ; en même temps avec les systèmes de fixation acoustique les systèmes de fixation correspondants des représentations des mots sont éveillés et de là ce sont les champs moteurs verbaux et le champ idéatoire qui sont excités.

Si, faute de relations avec le champ idéatoire, l'impulsion n'est pas à même d'affluer dans ce dernier, tout le courant excitant parvient dans le champ moteur et c'est le langage écholalique qui se produit (chez l'enfant).

Avec le développement du champ idéatoire et de ses associations avec le champ verbal il y a de proche en proche une plus grande partie de l'excitation qui vient dans le champ idéatoire (orientation vers le sens, Einstellung auf den Sinn), une moins grande partie dans le champ moteur, de sorte qu'elle ne suffit plus pour provoquer une action motrice. Si on veut répéter avec intention, il faut qu'une nouvelle excitation parte du champ idéatoire qui avance vers l'intention et qui de sa part excite le foci moteur, de la façon que l'acte moteur est déclenché.

Goldstein est ainsi de l'avis que le langage répété a de même besoin de l'excitation intentionnelle, ainsi que les autres productions verbales voir écrire, lire et dénommer des objets. Mais l'intensité de l'excitation intentionnelle sera différente chez les différentes productions. Une diminution de l'intention arrêtera donc celles-ci d'un degré variable.

Arrêt, intention et leur localisation

Nous venons de mentionner qu'il y a dans le langage répété des adultes un arrêt passif qui est exercé du champ idéatoire sur le champ verbal dans ce sens que le premier intercepte l'excitation verbale qui parvient du champ sensoriel-acoustique dans le champ verbal.

Il y a en outre un arrêt actif qui peut être provoqué de l'intention par excitation des résidus moteurs antagonistes du champ moteur.

Pick a supposé un centre spécial d'arrêt dans le voisinage du centre verbal. Goldstein croit que l'arrêt passif dépend des parties cérébrales postérieures à qui appartiennent la fonction d'un appareil de l'espace et

des objets, de la formation des représentations et des idées, c'est-à-dire de l'intelligence. Les parties antérieures sont plutôt à mettre en relation avec le processus sensitif et de la volonté.

Lors d'une séparation de l'appareil verbal des parties postérieures du champ idéatoire il y aura donc le langage répété écholalique.

On localise l'intension ainsi que la partie intentionnelle de l'arrêt actif dans les régions frontales.

La compréhension du langage

Nous avons déjà mentionné que les processus d'excitation dans la compréhension ont lieu, au delà du champ verbal central, de la même façon, mais dans la direction inverse que chez le langage spontané. Les deux se font par l'appareil d'associations entre champ verbal et champ idéatoire.

Les processus d'excitation sont néanmoins différents malgré le même parcours qu'ils font, selon que l'impulsion va de la perception vers le centre ou dans le sens inverse.

Ils sont tout autres s'ils prennent leur départ d'un objet dans l'espace que quand cela provient de la représentation non sensorielle, le soutien sensoriel aide à surmonter des résistances dans le chemin plus facilement.

Le langage spontané et la compréhension ne peuvent être expliqués par la supposition d'une simple communication entre champ verbal et le reste du cerveau, mais ils se basent sur des processus psychiques compliqués qui par leur fonction ont besoin d'appareils associatifs compliqués dans le sens anatomo-physiologique. Ceux-là sont les mêmes pour la parole réceptive et expressive

quand il ne s'agit que des relations entre l'appareil verbal et le reste du cerveau. Mais malgré l'identité anatomique les excitations qui ont lieu dans ces appareils sont très différentes dans les deux processus.

Ainsi nous avons démontré les grandes lignes du système du mécanisme du langage d'après Goldstein, système qui est bâti avec des pierres physiologiques et du ciment psychologique, et nous allons l'appliquer en discutant quelques cas d'aphasie transcorticale avec examens anatomiques que nous avons réunis.

Quant à l'aphasie transcorticale motrice, nous avons dans le cas Popoff le tableau typique du type I de cette forme aphasique. L'intelligence intacte voire active ainsi que l'excellente mémoire de fixation du malade permettent d'exclure un trouble intentionnel plus sérieux, tandis que les difficultés de prononcer certains mots en lisant démontrent qu'il y a une lésion de Broca. Les troubles du champ verbal central ont contribué à entraver le langage spontané plus que l'on est habitué à l'observer dans cette forme et à ajouter au tableau aphasique ordinaire les troubles paraphasiques.

Le cas Wexberg présente les symptômes de presque tous les types de l'aphasie transcorticale motrice. Le léger degré de démence, les troubles de la mémoire de fixation, l'intelligence diminuée permettent de soupçonner un trouble intentionnel.

Les troubles de l'articulation après l'accès, ainsi que le manque absolu du langage spontané après l'opération sont de même des preuves certaines d'une lésion du champ de Broca. L'emploi faux des mots et le trouble dans la dénomination d'objets avec des mots composés nous dirigent vers une lésion des voies associatives entre champ idéatoire et champ verbal, qu'a provoqué le trouble du choix de mots.

En comparant le cas Wexberg avec le cas Sittig nous constatons qu'il y a chez ce dernier les mêmes symptômes, mais d'un degré plus intense.

D'abord c'est le langage spontané (initiatif) qui est complètement aboli, tandis que le langage réactif est conservé pour certains mots, parfois de même pour des phrases courtes. Cette différence entre le langage spontané (initiatif) et le langage réactif est un signe particulier du trouble intentionnel. Les lésions des voies associatives et du champ idéatoire sont ici beaucoup plus avancées et ont causé une aphasie associative avec trouble de la compréhension du langage.

Aux symptômes cliniques semblables correspond le diagnostic anatomique semblable du cas Wexberg et Sittig.

Le cas Pachantoni a probablement commencé avec une aphasie transcorticale motrice, mais lors de l'admission à la clinique il présentait déjà des symptômes d'une aphasie transcorticale mixte, la partie motrice était troublé plus considérablement que la partie sensorielle. L'entrave plus intense de la partie motrice de l'aphasie transcorticale mixte est causé par le mécanisme physiologique différent de l'excitation dans la compréhension et dans le langage spontané.

Quoique les deux aient lieu sur les voies associatives entre champ idéatoire et champ verbal, l'intensité de l'excitation du choix de mots et de la compréhension n'est pas le même.

Dans notre cas l'entrave plus intense de la partie motrice est en partie probablement dûe au début de la tumeur dans le lobe frontal.

De même l'adjonction ultérieure de troubles du champ verbal central à cette aphasie ne présente rien de particulier, vu que nous trouvons dans toutes les

formes de l'aphasie transcorticale qui sont causées par une lésion plus grossière une adjonction de troubles d'autres facteurs verbaux. Nous ne trouvons la lésion élective d'un facteur verbal que dans les formes aphasiques dites psychomotrices, formes avec lesquelles nous ne pouvons pas nous occuper ici.

Les trois cas Wexberg, Sittig, Pachantoni sont causés par des tumeurs du lobe frontal qui progressent vers la circonvolution centrale et le lobe pariétal. Déjà dans le cas Wexberg où la lésion n'était que légère et où les troubles aphasiques ont disparu après l'enlèvement de la tumeur et la cessation de la compression, on pouvait constater un léger trouble associatif qui se manifestait par des troubles du choix de mots. Dans les deux autres cas les troubles associatifs augmentaient petit à petit en relation avec la gravité de la lésion.

Ces cas prouvent de la meilleure façon que l'aphasie transcorticale mixte peut être causée aussi par la séparation du champ verbal du cerveau frontal et du lobe pariétal.

Le point de vue de Goldstein que l'aphasie associative est provoquée par une lésion des voies associatives entre champ idéatoire et verbal correspond donc à la réalité, mais il est aussi à appliquer au cerveau frontal et pariétal.

Ces trois cas complètent donc d'une façon précieuse les cas réunis par Goldstein.

Parlons maintenant du côté pratique de nos considérations et envisageons comment la notion des symptômes le l'aphasie transcorticale nous aide dans le diagnostic de localisation de foyers et de tumeurs. Les constatations dans l'aphasie transcorticale motrice sont les plus claires.

Tous les cas d'aphasie transcorticale motrice du type I et II publiés par Goldstein et nous ont un foyer ou une tumeur dans le cerveau frontal. Nous n'avons pu trouver dans la littérature un seul cas d'aphasie transcorticale motrice du type I ou II qui ne fût causé par un foyer ou une tumeur dans le cerveau frontal. Naturellement nous n'aurons pas le droit de considérer des cas d'aphasie transcorticale mixte avec des troubles moteurs comme aphasie transcorticale motrice et de les utiliser contre les constatations citées.

Le diagnostic de localisation le plus difficile voire impossible est le diagnostic de l'aphasie transcorticale mixte. Comme le démontrent les cas rassemblés, elle peut être provoquée anatomiquement par un foyer dans le lobe temporal, frontal pariétal qui laisse intact le champ verbal et ne frappe que les voies associatives.

Le diagnostic de la localisation de l'aphasie transcorticale sensorielle, vu qu'elle se présente le plus souvent après une aphasie sensorielle, est le même que celui de cette dernière.

Avant de terminer nos considérations concernant les lésions anatomiques dans les aphasies transcorticales, nous ne voudrions pas négliger de faire remarquer combien nous sommes opposés à prétendre qu'une lésion anatomique circonscrite et définie répond à chaque forme d'aphasie transcorticale ou qu'on puisse localiser chaque fonction du langage dans un territoire circonscrit. La division en mosaïque ne peut plus même être maintenue aujourd'hui pour les formes classiques d'aphasie.

Head (Discussion on aphasia: Proc. of the royl. soc. med. Tome 14 N° 4, sect. of neur., p. 29-38. 1921) a d'une manière fort juste démontré les erreurs commises dans l'interprétation des aphasies, lorsqu'on met en rapport direct les symptômes négatifs de l'aphasie et les

données anatomiques, sans considération suffisante des points de vue physiologiques et en localisant trop grossièrement les fonctions sans approfondir l'analyse psychologique des symptômes négatifs.

On ferait erreur, si on admettait que dans les troubles aphasiques les fonctions psychiques comme telles et leur substratum anatomique dans le cerveau sont détruits.

Même en admettant pour les fonctions du langage un champ d'associations, soit inné (congénital), soit comme P. Marie le fait un champ adopté, il faut quand même dire que le langage en tant que fonction psychique se trouve être en relations très intimes avec les autres fonctions psychiques.

La même cellule peut servir de substratum anatomique à des fonctions différentes, et d'autre part des parties des mêmes fonctions du langage peuvent être localisées en des endroits différents du cerveau.

Nous sommes ainsi en état de comprendre que des lésions des mêmes fonctions du langage peuvent être causées par des foyers situés en des endroits différents.

Les cas rapportés tendent à prouver d'une façon bien nette, que sans aucun doute il existe des formes cliniques constituées essentiellement par des symptômes aphasiques transcorticaux. Mais les cas nous montrent en outre que les aphasies transcorticales motrices et sensorielles définies par Lichtheim n'existent ni comme types cliniques bien isolés ni comme lésions anatomiques bien définies.

Les cas appartenant au même type d'aphasie transcorticale n'ont de commun ni l'étiologie, ni leur substratum anatomique, ni leurs symptômes, ni leur évolution.

Pour cette raison Goldstein a procédé à la classification suivante des types de l'aphasie transcorticale qui sans correspondre exactement aux formes cliniques telles qu'on les voit s'en rapprochent cependant beaucoup plus que la classification de Lichtheim.

Aphasie transcorticale motrice type I

Diminution de la fonction du champ moteur du langage.

Anat. pathol.: Lésion légère du champ moteur.

Aphasie transcorticale motrice type II

Interruption des voies associatives menant du lobe frontal à la région motrice du langage.

Anat. pathol.: Foyers situés en avant de la région motrice du langage dans la moelle frontale.

Aphasie amnésique

Troubles de l'«assonnance» entre le champ verbal et l'idéation.

Anat. pathol.: Lésions diffuses ou bien lésions circonscrites ayant en même temps un effet sur tout le cerveau.

Aphasie transcorticale sensorielle type I

Lésions des voies associatives entre le champ verbal central et le champ d'idéation et légère altération du champ de la perception acoustique.

Anat. pathol.: Foyer situé dans le lobe temporal, tandis que la région de la perception acoustique du langage relativement intacte est légèrement altérée.

Aphasie transcorticale sensorielle type II

Destruction de la région gauche du champ de la perception acoustique. Suppléance par l'hémisphère droit.

Anat. pathol.: De grands foyers dans le lobe temporal gauche détruisant la région de la perception acoustique.

Aphasie transcorticale mixte type I

Interruption des voies d'associations entre le champ verbal et le champ d'idéation.

Anat. pathol.: Foyers situés entre le lobe temporal et le reste du cerveau.

Aphasie transcorticale mixte type II

Légère altération du champ de l'idéation.

Anat. pathol.: Altérations diffuses de faible intensité de l'hémisphère gauche.

Aphasie transcorticale mixte type III

Lésion du champ de l'idéation de 2e degré.

Anat. pathol.: Altérations diffuses et intenses de l'hémisphère gauche.

Types I-III avec affection simultanée du lobe frontal

Lésions des types I, II ou III en plus altération, soit du lobe frontal, soit des voies menant du lobe frontal à la région motrice du langage.

Anat. pathol.: En général atrophie diffuse avec participation du lobe frontal.

Conclusions

L'aphasie transcorticale (motrice et sensorielle) existe comme syndrome clinique, mais rarement à l'état isolé; il y a presque toujours d'autres syndromes concomitants; des différents groupements de tous ces syndromes résulte la grande variété de la symptomatologie clinique.

Comme l'étiologie, le développement et surtout l'anatomie des formes transcorticales sont excessivement variables; il faut se garder de vouloir donner une localisation anatomique au syndrome purement clinique des formes transcorticales.

Mais par le fait que les malades sont à même de répéter la parole entendue, on est en droit d'admettre que le champ du langage central est intact dans l'aphasie transcorticale.

Les associations qui relient ce champ central aux autres représentations sont lésées. Il faut donc s'attendre que ces lésions aient une localisation très variée; puisque les rapports fonctionnels et anatomiques du champ central sont eux aussi très multiples. Les constatations anatomiques si variées et si discondantes à première vue qu'elles soient ont en commun (comme lien qui les relie et qui permet de les considérer comme entité) le symptôme qu'elles séparent passagèrement ou définitivement le champ central du reste de l'hémisphère.

La question si la localisation anatomique que Goldstein donne au champ central est justifiée ou non n'est pas encore tranchée définitivement ; jusqu'ici les constatations anatomiques semblent donner raison à sa conception.

Le rôle particulier pratique et théorique de l'aphasie transcorticale consiste dans le fait que toutes les autres formes d'aphasies sont caractérisées par un déficit fonctionnel (exprimé par l'alpha privativum), tandis que les formes transcorticales ont comme signe distinctif une fonction intacte, celle de la répétition du mot.

Vu ; le Doyen : G. WEISS.

Vu : le Président de la thèse : A. PFERSDORFF.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Strasbourg :
S. CHARLÉTY.

Bibliographie

Ballet et Laïgnel-Lavastine. Aphasie dans Séméiologie nerveuse (tome 21 du Nouveau traité de médecine et de thérapeutique par Gilbert et Thoinot), Paris 1911.

Déjerine J. Séméiologie des affections du système nerveux. Masson et Cie, édit. Paris 1914, p. 69-165.

Goldstein K. Über Aphasie. Beiheft der med. Klinik 1910, Heft 2.

Über die zentrale Aphasie. Neurologisches Zentralblatt 1912.

Die transcorticalen Aphasien, Ergebnisse der Neurologie u. Psychiatrie. G. Fischer, Jena. 1917.

Grasset et Rimbaud. Diagnostic des maladies de l'encéphale, Baillière et Fils, Paris 1918.

Head, H. Discussion on aphasia : Proc. of the vogl. soc. med. tome 14 N° 4 sect. of neur. (p. 29-38) 1921.

Lichtheim. Über Aphasie. Archiv für klinische Medizin, 1882.

Lewandowski Max. Die Funktionen des Zentralnervensystems, Jena, 1907.

Marie P. Aphasie dans Questions neurologiques d'actualité. Masson et Cie, Paris, 1922.

Les aphasies de guerre. Revue neurologique février 1917.

Mingazini G. Über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse der Aphasielehre. Monatsschrift für Psychiatrie u. Neurologie, tome 37. Berlin 1915.

Contributions cliniques et anatomo-pathologique à l'étude des aphasies musicales et transcorticales. Archives suisses de Neurologie et de Psychiatrie, 1918, III^e volume 2^e fascicule.

Sui tumori del lobo temporale sinistro. Rivista di pathologia nervosa e mentale, 1912 (cité dans la Zeitschrift für die gesamte Neurologie u. Psychiatrie, Referat 5, 1912.

von Monakow Carl. Die Localisation im Grosshirn. Wiesbaden, 1914.

Gehirnpathologie. Wien 1905.

Pfersdorf Ch. Die Gruppierungen der sprachlichen Associationen. Monatsschrift für Psychiatrie u. Neurologie, 1913, p. 120.

Les aphasies transcorticales. Le Médecin d'Alsace et de Lorraine mars 1922, Strasbourg.

Popoff S. Aphasie dans Neurologisches Zentralblatt, 1904, XXIII, Archives de Neurologie 1905, tome I.

Pachantoni. Journal für Psychologie u. Neurologie, 1910.

Sittig Otto. Monatsschrift für Psychiatrie u. Neurologie, 1912, tome 31.

Stauffenberg. Zeitschrift für die gesamte Neurologie u. Psychiatrie, tome 39, 1918. Ein Fall von kompliz. transkortikaler Aphasie.

Wexberg E. Beiträge zur Klinik u. Anatomie der Hirntumoren. Zeitschrift für die gesamte Neurologie u. Psychiatrie, tome 71, 1921, p 97.

Wernicke, Carl. Der aphasische Symptomenkomplex, Breslau 1874.

Errata page 67 ligne 5 d'en haut:

envisager le champ de perception optique, pour les systèmes de fixation graphiques (graphische Merksysteme), le centre de la main droite vient en ligne de compte.

Les images non sensorielles, des représentations verbales, sont localisées dans un centre correspondant au champ idéatoire (Begriffsfeld), dans le champ verbal central.

Pour le champ verbal central Goldstein réclame l'insule et les régions adjacentes des circonvolutions voisines, principalement la première circonvolution temporale et le gyrus angulaire.

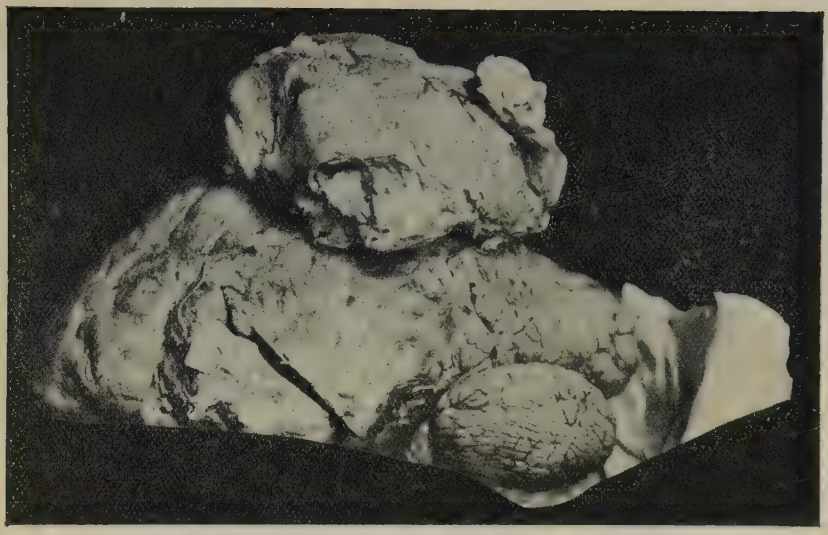


Fig. 1. Face latérale de l'hémisphère gauche. Prolapsus sur le lobe pariétal, le lobe temporal entièrement substitué par la tumeur.

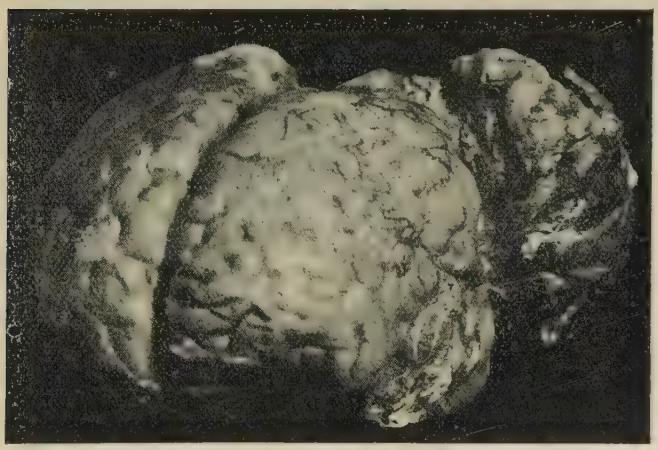


Fig. 2. Face fronto-latérale de l'hémisphère gauche, le prolapsus sur le pariétal, au niveau de la pars orbitalis de la F 3 on voit émerger le pôle antérieur de la tumeur.

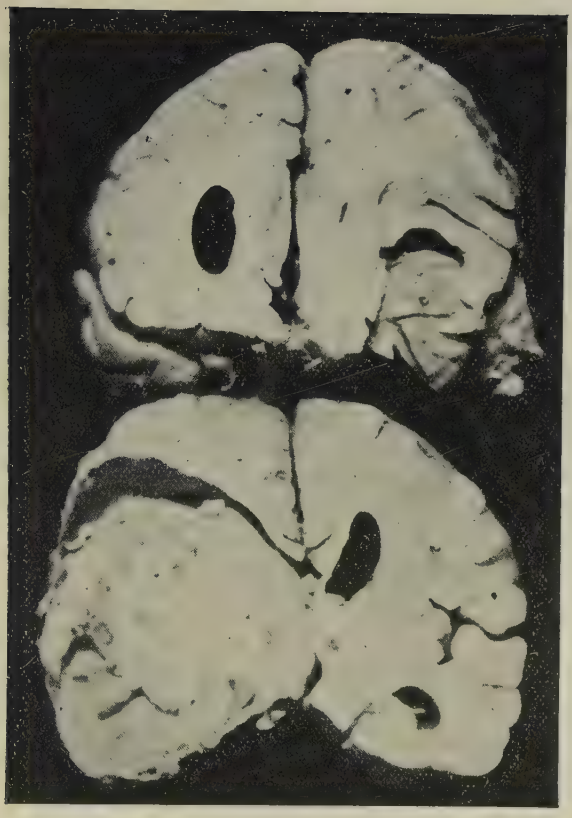
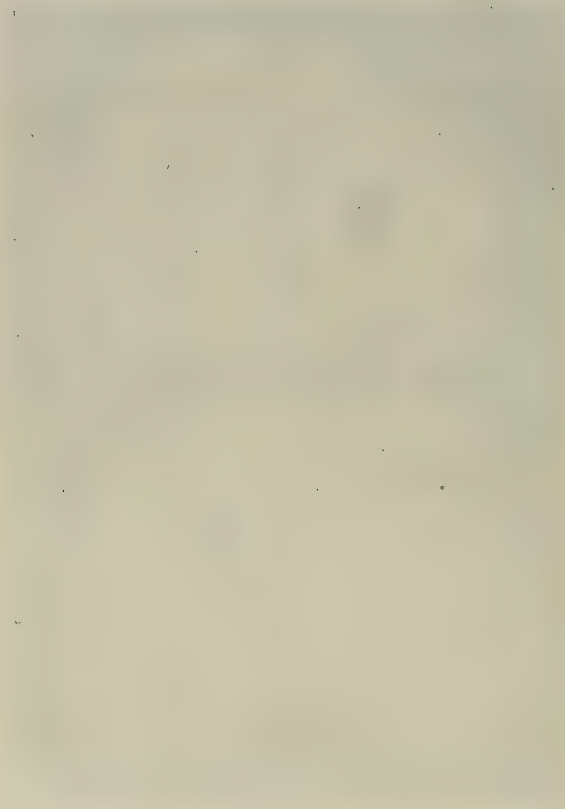


Fig. 3. En haut: face antérieure d'une coupe passant par la pars orbitalis de la F 3, on y voit le pôle antérieur de la tumeur. En bas: Face postérieure d'une coupe passant le sillon de Rolando.



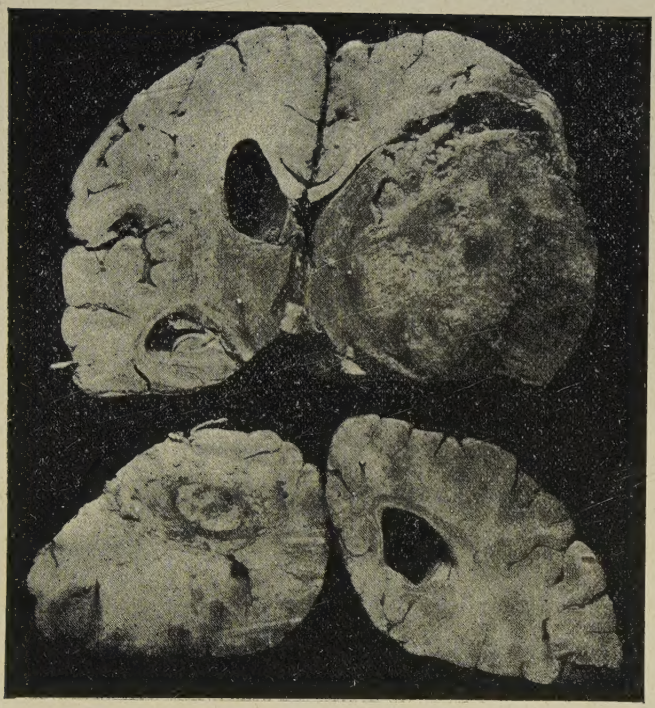
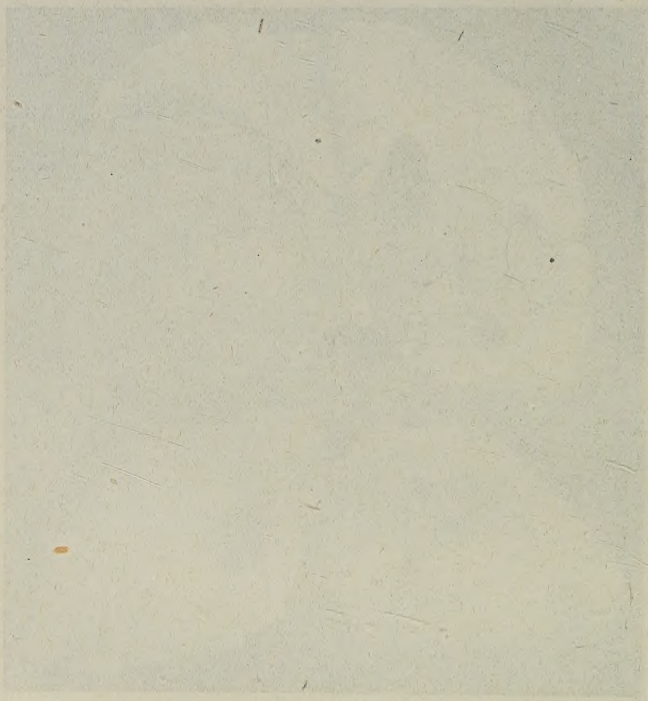



Fig. 4. En haut: Face antérieure d'une coupe par la P. 1.
En bas: Face postérieure d'une coupe passant par le pli courbe.